

Michaela Phillip

Die Behandlung
ärztlich-ethischer Probleme
mit Hilfe von Kommissionen, besonders
in der medizinisch-wissenschaftlichen
Forschung

*Diss. Erlangen
1983*

1984 № 33





Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546208_0023

Aus dem Institut für Rechtsmedizin
der Universität Erlangen - Nürnberg
Direktor: Prof.Dr. H.B. Wuermeling

Die Behandlung ärztlich-ethischer Probleme mit Hilfe
von Kommissionen, besonders in der medizinisch-wis-
senschaftlichen Forschung

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
der Medizinischen Fakultät
der Friedrich-Alexander-Universität
Erlangen - Nürnberg

vorgelegt von
Michaela Phillip aus Berlin

Gedruckt mit Erlaubnis der Medizinischen Fakultät
der Universität Erlangen-Nürnberg

Dekan: Prof. Dr. F. Wolf

Referent: Prof. Dr. H.-B. Wuermeling

Tag der mündlichen Prüfung: 12.12.1983

INHALT

1.	<u>Einleitung</u>	3
1.1.	Die "Deklaration von Tokio" des Weltärztebundes aus dem Jahre 1975 über die Durchführung wissenschaftlicher Versuche am Menschen. Empfehlung der Einrichtung eines Ausschusses für die Bearbeitung von Forschungsvorhaben	
1.2.	Möglichkeiten einer ex-post und ex-ante Behandlung ärztlich-ethischer Probleme durch eine Kommission	
1.3.	Ziel der Arbeit	
2.	<u>Kommissionen zur ex-post Behandlung ärztlich-ethischer Fragestellungen</u>	7
2.1.	Die Bedeutung der Fakultäten als kollegiales Schlichtungsorgan	7
2.2.	Das Collegium medicum	8
2.2.1.	Gründung der Collegia medica	
2.2.2.	Collegia medica in Preußen	
2.2.3.	Collegia medica in Bayern	
2.3.	Die Medizinalkomités an den bayerischen Universitäten als Gutachterstelle von Gerichtsärzten. Die heutige Gutachterstelle: Der Gerichtsärztliche Ausschuß im Bundesland Nordrhein-Westfalen	12
2.4.	Ärztliche Bezirksvereine-Ärztekammern - Ärztliche Ehrengerichte	14
2.5.	Schlichtungsstellen und Gutachterkommissionen für ärztliche Behandlungsfehler	17
3.	<u>Konkrete Entscheidungsprozesse ärztlichen Handelns</u> <u>Die ex-ante Behandlung der Problemstellung durch eine Kommission</u>	19

3.1.	<u>Schwangerschaftsabbruch</u>	19
3.1.2.	Historischer Überblick	
3.1.3.	Die Entwicklung seit dem Jahre 1871	
3.2.	<u>Sterilisation</u>	28
3.2.1.	Historischer Überblick	
3.2.2.	Kommissionen auf dem Gebiet der Sterilisation	
3.3.	<u>Euthanasie</u>	37
3.3.1.	Definition und historischer Überblick	
3.3.2.	Die Entwicklung seit der Jahrhundertwende	
3.3.3.	Praktizierte Vernichtung "lebensunwerten Lebens": Kinderaktion, Erwachsenenaktion, die Tötung von Konzentrationslagerhäftlingen in "Euthanasieanstalten"	
3.3.4.	Die Entwicklung in der Periode nach dem 2. Weltkrieg	
3.4.	<u>Kommissionen und das "Recht auf Leben" des einzelnen Patienten - Hämodialysekommissionen</u>	52
3.5.	<u>Medizinisch-wissenschaftliche Forschung</u>	53
3.5.1.	Historischer Überblick	
3.5.2.	Die Entwicklung der medizinisch-wissenschaftlichen Forschung seit der Jahrhundertwende	
3.5.3.	Die Entwicklung der medizinisch-wissenschaftlichen Forschung in der Periode nach dem 2. Weltkrieg	
3.5.4.	Die Entwicklung von Ethikkommissionen im Ausland	60
3.5.4.1.	Ethikkommissionen in den Vereinigten Staaten von Amerika	60
3.5.4.2.	Ethikkommissionen in Großbritannien	69
3.5.5.	Ethikkommissionen in der Bundesrepublik Deutschland	71
3.5.6.	Vergleichende Betrachtung der Ethikkommissionen	75
4.	<u>Diskussion</u>	85

Herrn Professor Dr. Wuermeling bleibe ich für
die Überlassung des Themas der Dissertation und
seine stete Hilfsbereitschaft zu großem Dank
verpflichtet.



1. Einleitung

- 1.1. Im Jahre 1975 wurde von der Generalversammlung des Weltärztebundes in Tokio eine Deklaration über die Forschung am Menschen verabschiedet.¹ Sie stellt eine Weiterentwicklung und Präzisierung der "Deklaration von Helsinki über die Durchführung wissenschaftlicher Versuche am Menschen" aus dem Jahre 1966 dar.

Wesentliche Neuerung der Deklaration von Tokio ist die Forderung nach der Einrichtung eines speziell für die Bearbeitung von Forschungsvorhaben bestimmten, unabhängigen Ausschusses (specially appointed independent committee). Diesem Ausschuss soll die Aufgabe der Beratung, Stellungnahme und Orientierung bei der Planung und Durchführung eines jeden Versuches am Menschen zukommen.²

Damit stellt sich sogleich die Frage, wie solche Kommissionen zusammengesetzt und gebildet werden sollen, wie ihre Funktion in den Einzelheiten zu definieren ist, und welche Verbindlichkeit ihrer

1. Wortlaut siehe Anhang

2. Der englische Originaltext lautet:

the design and performance of each experimental procedure involving human subjects should be clearly formulated in an experimental protocol which should be transmitted to a specially appointed independent committee for consideration, comments and guidance



Tätigkeit zuzusprechen ist. In der Tat gibt es bei der Realisierung der Forderung der Deklaration von Tokio erhebliche Unterschiede.

Wenn heute Ethikkommissionen eingerichtet werden sollen, ist es aber sicher von Nutzen zu prüfen, ob und in welcher Form bereits früher, d.h. vor der Deklaration von Tokio, Kommissionen¹ als Hilfen zur Lösung ärztlich-ethischer Fragen erdacht oder realisiert worden sind.

Die moralische Verantwortlichkeit des Arztes als Einzelperson drückt sich bereits im Hippokratischen Eid aus, der z.B. nach über 22 Jahrhunderten 1948 im Genfer Gelöbnis der World-Medical-Association neu formuliert wurde.

Der Eid stellt moralische Grundsätze auf und zeigt damit die Grenzen des ärztlichen Handelns. An diesem kann der Arzt sich in seinem Verhalten in der Beziehung zum Patienten, zum Kollegen und zu der Öffentlichkeit orientieren.

Dem Arzt werden damit in einer Berufsethik moralische Verpflichtungen auferlegt, auf deren Einhaltung er selbst zu achten hat. Aber auch die Ärzteschaft insgesamt ist aufgerufen, die Berufsethik hochzuhalten.

1. Kommission (lat-mlat.): zu einem bestimmten Zweck gebildeter Ausschuß
(Meyers Enzyklopädisches Lexikon)

Die Ärzteschaft kann als solche nicht tätig werden und bedient sich daher bestimmter Gremien, die jeweils wenige Personen umfassen.

- 1.2. Eine Kommission kann auf verschiedene Weise tätig werden: Nachdem ein Arzt die Grundsätze der ärztlichen Moral verletzt hat, kann dies durch eine Kommission untersucht, als unmoralisch festgestellt, aber auch verurteilt und bestraft werden. Dieses Vorgehen ist eine ex-post-Behandlung.

Ebenso kann die Frage, ob gegebenenfalls ein ethisch und/oder gesetzlich vertretbares Handeln vorliegt oder nicht vor dessen Ausführung -ex ante- durch eine Kommission geprüft werden.

In der Vergangenheit überwog die Form der ex-post-Behandlung in jeweils konkreten Fällen, die Probleme mit ärztlich-ethischer Relevanz beinhalteten.

- 1.3. In der vorliegenden Arbeit soll nun versucht werden, einen historischen Überblick über Kommissionen in der ärztlichen Berufsethik zu geben.

Nach einer Darstellung von Kommissionen, die die ärztliche Moral im Allgemeinen schützen sollen, werden Kommissionen behandelt, die zu verschiedenen ethischen Problemen wie Schwangerschaftsabbruch, Sterilisation, Euthanasie, Auswahl zur Hämodialyse und medizinisch-wissenschaftlicher Forschung am Menschen eingesetzt wurden.

Die Betonung liegt dabei auf dem Gebiet der medizinisch-wissenschaftlichen Forschung, die in der Periode nach 1945 eine erhebliche Weiterentwicklung und Expansion erfahren hat. Viele neue ethische Fragestellungen wurden aufgeworfen, vor allem im Zusammenhang mit der Erprobung neuer Medikamente, der Embryonalforschung und der Organtransplantation.

Es wird erst neuerdings als generell notwendig erkannt, den ethischen Entscheidungsprozeß des Einzelnen ex ante durch das Mitwirken einer Kommission durch Darlegung der Problemstellung, Diskussion, Beratung und Begutachtung zu begleiten.

Die Deklaration von Tokio gibt keine näheren Hinweise über die Zusammensetzung dieser Ausschüsse und die rechtliche Qualität, Art und Verbindlichkeit ihrer Voten. Deswegen soll der Versuch gemacht werden, Vorbilder oder Modelle für den Gedanken zu finden, für ethisch relevante ärztliche Entscheidungen Gremien heranzuziehen, wie auch immer diese in eine Beziehung zu dieser Entscheidung gesetzt wurden.

Die Untersuchung soll aber auch dazu dienen, auf den Mißbrauch solcher Kommissionen hinzuweisen. Damit sollen mit derartigen Gremien bisher gemachte Erfahrungen für die Arbeit der einzurichtenden Ethikkommission nutzbar gemacht werden.

2. Kommissionen zur ex-post-Behandlung ärztlich-ethischer Fragestellungen

- 2.1. Eine kollegiale Bewertung ärztlichen Handelns in ethischer Hinsicht gab es bereits in der Antike. Die Verbundenheit der Asklepiaden war die einer Familie und in ihrer Berufsausübung waren sie dem Hippokratischen Eid verpflichtet. (KUDLIEN, SOURNIA et al.)

Mit der Gründung der Universitäten wie z.B. Bologna in der zweiten Hälfte des 12. Jahrhunderts, Montpellier im Jahre 1220 und Padua im Jahre 1228 wurden die Fakultäten zum entscheidenden Organ kollegialer Beaufsichtigung. (NIEDERMEYER) Der Arzt gehörte der Fakultät, an der er studiert hatte, nicht nur für die Zeit seines Studiums, sondern auf Lebenszeit an. (SIGERIST, SOURNIA) Die mittelalterliche Fakultät hatte im Unterschied zu der heutigen nicht nur die Aufgabe der Lehre und Forschung. Vielmehr oblagen ihr auch Gutachtertätigkeit und die Beaufsichtigung der Fakultätsangehörigen. Der Arzt wurde so in seiner Tätigkeit intensiver als in der heutigen Zeit kontrolliert. (SIGERIST)

Die "Pflicht zur Brüderlichkeit", wie sie im Hippokratischen Eid gefordert wird, wurde häufig mißachtet. Der Fakultät kam dann die Aufgabe einer Schlichtungsstelle in derartigen kollegialen Streitigkeiten zu.

Nach den Akten der Wiener Medizinischen Fakultät

aus dem Jahre 1599 wurden dort zur Beilegung von Streitigkeiten "Commissarii" eingesetzt. In späterer Zeit wurde es zur Regel, besondere Kommissionen zur Schlichtung zu bestimmen. (FISCHER, I.) Ähnliches ist von italienischen und französischen Fakultäten bekannt und auch in den Standesordnungen des 19. Jahrhunderts fanden sich Schlichtungsstellen. (vgl. MARX)

2.2. Das Collegium Medicum

- 2.2.1. Mit der Gründung der Medizinalkollegien - Collegia medica -, die im 16. Jahrhundert einsetzte, kam es zu einer neuen Form der Beaufsichtigung, die die von den Fakultäten ausgeübte Tätigkeit weitgehend ersetzte. (NIEDERMEYER) Sie vollzog sich nicht mehr allein auf kollegialer Ebene, sondern ging von staatlichen Behörden aus. Grundlage der Medizinalkollegien waren die Medizinalverordnungen des 16. und 17. Jahrhunderts. Nach italienischem Vorbild bildeten sich im süddeutschen Raum in verschiedenen Städten Ärztekollegien.

J. CAMMERAR, der Verfasser der ersten Medizinalordnung für die Stadt Nürnberg im Jahre 1564, schrieb über das Prinzip des Kollegiums:

"... damit sie sich fürfallender zwispalt und zweifelhafter sachen können vergleichen, und also ir tun erhalten, welches fürwar vielmehr gescheen soll in der kunst, welche den hechten zeitlichen schatz, nemlich die gesundheit und wohlfahrt des lebens versorgen soll." (zitiert nach GRÖSCHEL)

2.2.2. Im Jahre 1685 wurde von Friedrich Wilhelm Kurfürst von Brandenburg das Preußische Medizinal-edikt erlassen. Dieses wurde aufgrund seiner besonderen Präzision zum Vorbild für viele Medizinalordnungen.

G. von der Mühlen der vom Jahre 1695 an Vizedekan des Collegium medicum war, schrieb als zeitgenössischer Zeuge dazu:

"um das Jahr 1685 und kurz davor hatte Churfürst Friedrich Wilhelm in Erfahrung gebracht, daß einige grobe Exzesse, theils von Apothekern, theils von Barbieren und Chirurgen begangen wurden. Sonderlich ward geklagt worden, dass der Raths-Apotheker auf dem Friedrichswerder Lienemann und der Amtsbarbier Giese durch unzeitiges Purgieren und Vomiren einige um Gesundheit und Leben gebracht, ein französischer Chirurgus Gervay aber durch Salivation einem Vornehmen von Adel unter die Erde geholfen, ward hochgedachter Churfürst bewogen, durch das Medizinaledikt vom 12. November 1685 das Collegium medicum aufzurichten und zu Stande zu bringen." (zitiert nach REMME)

Den Preußischen Medizinalkollegien oblag die Aufsicht über das Heil -und Apothekenwesen, die Prüfung und Approbation der Ärzte, Apotheker und Hebammen, die Überwachung hinsichtlich der Übergriffe einzelner Kategorien des Heilpersonals in Amtsverrichtungen, die außerhalb der Grenzen ihrer Privilegien lagen, die Kurpfuscherei unberechtigter Personen und der ungesetzliche Verkauf von Medikamenten. (HORN)

Zunächst existierte nur eine zentrale Medizinal-

Behörde in Berlin, welche aus Hofräten, einem Phisico ordinario, den ältesten Practicis der Residenzen, dem Leib- und General-Chirurgus, dem Hof-Apotheker, zwei habilitierten Chirurgen und zwei Apothekern bestand. Im Jahre 1724 trat zu der Central-Medizinal-Behörde - nun als Obercollegium medicum bezeichnet- ein Collegium medicum in jeder Provinz hinzu.

Diese waren zunächst mit einem Kriegs- und Domänenrat als Vorsitzendem und je zwei Medicis, Chirurgen und Apothekern besetzt.

Neu war in dem Edikt, das die Einrichtung der Provincial-Collegia-medica vorschrieb, eine Aufstellung von Verhaltensregeln für das ärztliche Handeln. Der Arzt wurde darin zu der notwendigen Sorgfalt in der Behandlung des Patienten aufgefordert; ebenso dazu, keine übermäßige Belohnung zu nehmen. Die Schweigepflicht und die Kollegialität waren wie die Führung eines "anständigen, ehrbaren und mäßigen Lebens" weitere wichtige Thesen. Den Medizinalkollegien kam die Aufgabe zu, über das Einhalten dieser Verhaltensregeln zu wachen.

Im Laufe der Zeit traten immer wieder Unsicherheiten hinsichtlich der Kompetenz der Medizinalkollegien auf. Insbesondere ergaben sich Schwierigkeiten in der Abgrenzung zu den ordentlichen Gerichten. (PREUSSISCHES JUSTIZMINISTERIUM 1800-1822) Daher wurden im Jahre 1800 durch die "Instruction für sämtliche Provincial-Collegia-Medica & Sanitatis" Rechte, Pflichten und Verhältnisse der Medizinal-

kollegien eingehend festgelegt. (PREUSSISCHES JUSTIZMINISTERIUM 1800)

Diesem wurde die "Iurisdictio in causis medico civilibus et fiscalibus", also die gesamte medizinische Gerichtsbarkeit übertragen.

Die Besetzung der Collegia medica wurde dahingehend geändert, daß nun als Vorsitzender ein Richter eingesetzt war, der sowohl die Leitung als auch die Entscheidung des Verfahrens innehatte. Den übrigen Mitgliedern des Kollegiums stand das Recht auf ein Votum zu.

Nachdem im Jahre 1808 an die Stelle des Obercollegium medicum die "Wissenschaftliche Deputation für das Medizinalwesen" getreten war (PREUSSISCHES JUSTIZMINISTERIUM 1800-1822), trat an die Stelle der medizinischen Gerichtsbarkeit mehr und mehr die Gutachtertätigkeit in gerichtlich-medizinischen Fällen.

Der berühmte Gesundheitspolitiker J.P. FRANK (1745-1821) verwarf die Zuziehung eines juristischen Beirates zu den Medizinalkollegien. Er forderte eine Selbstverwaltung des Gesundheitswesens durch die Ärzte.

"Während den amtlichen Medizinalkollegien ein scheinbares Ansehen gelassen wird, so ist doch meist der Einfluß des ausschließlich begünstigten Gerichts oder politischen Stelle zu groß, als daß nicht aus diesem ein eigener wenn auch im ärztlichen Fach wenig oder gar nicht bewandeter Vorsteher gewählt wird."
(zitiert nach HAUBOLD)

- 2.2.3. Eine Abwandlung der Konzeption der Medizinalkollegien fand sich im Königreich Bayern. Dort wurden die seit dem Bayerischen Medizinaledikt vom 8.9.1808 existenten Medizinalkomitees in den drei Städten Trient (damals zum Königreich Bayern gehörend), München und Bamberg aufgelöst und an deren Stelle im Jahre 1843 Medizinalkomitees an den drei Universitäten München, Würzburg und Erlangen errichtet (BAYERN K. STAATSMINISTERIUM DER JUSTIZ 1843)

Den zuerst vorhandenen Medizinalkomitees kam ausschließlich die Erstellung von gerichtlichen Gutachten und die Prüfung der Apotheker zu, während sich die an den Universitäten gegründeten Kommissionen im Laufe der Zeit zu Gutachterstellen in allgemein gerichtlichen verfahren entwickelten.

Die Arbeit letzterer fand unter dem Vorsitz des Dekans statt, dem medizinische Mitglieder zur Seite standen, die vom König selbst ernannt wurden.

- 2.3. Die Kommissionen an den Universitäten hatten auch die Aufgabe, die von Gerichtsärzten abgegebenen Gutachten zu beurteilen und zu benoten. (vgl. KUHN) Zur Benotung kamen Kenntnisse, Gewandtheit, Fleiß und Tätigkeit sowie das schriftliche Gutachten des jeweiligen Arztes. Im Gegensatz zu den Preußischen Verordnungen lag aber jegliche Behandlung von ärztlichen Vergehen außerhalb ihrer Kompetenz.

Eine den Medizinalkomitees in Bayern ähnliche Form der Überprüfung medizinischer Sachverständiger findet sich heute im Bundesland Nordrhein-Westfalen. (MBL. NW. 1970: 173-175) Die Ausschußmitglieder werden vom Innenminister für jeweils fünf Jahre bestimmt. Neben einem staatlichen Medizinalbeamten als Vorsitzendem und einem Gerichtsarzt als weiterem Mitglied tritt zu der Kommission ein drittes Mitglied hinzu. Je nach Einzelfall wird dieses aus einem Kreis von Sachverständigen durch den Vorsitzenden bestellt. Definiert wird der Ausschuß als eine "wissenschaftlich und technisch ratgebende, kollegiale Behörde".

Durch die Ausschußüberprüfung sollen Begutachtungsfehler vermieden und eine wissenschaftliche Förderung der medizinischen Sachverständigen erreicht werden. Der Ausschuß kann ebenso selbst als Gutachter tätig werden, dem Gericht Gutachter benennen, und er überprüft die Rechtmäßigkeit und Vertretbarkeit bestimmter ärztlicher Eingriffe an untergebrachten Personen.¹

Die Tätigkeit dieses Ausschusses ist nicht unumstritten. (vgl. WOLFSLAST)

-
1. § 1.4. Der Gerichtsärztliche Ausschuß prüft auf Antrag, ob bei untergebrachten Personen ärztliche Eingriffe, die mit erheblicher Gefahr für Leben und Gesundheit verbunden sind oder die Persönlichkeit wesentlich verändern, nach den Regeln der ärztlichen Kunst geboten und mit dem Zweck der Unterbringung vereinbar sind und erteilt ggf. nach § 26 des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten seine Zustimmung. ...

Kritisch nahm zuletzt RASCH dazu Stellung:

"Die Einschaltung eines mit Pseudo-Kompetenz versehenen Gutachterausschusses, wie dies im Bundesland Nordrhein-Westfalen praktiziert wird, ist geeignet, zusätzliche Vorurteile und Verzerrungen in ein Verfahren einzuführen und ist wissenschaftlich absurd."

2.4. Ärztliche Bezirksvereine - Ärztekammern - Ärztliche Ehrengerichte

In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts begann die Organisation des ärztlichen Standes in Form von ärztlichen Bezirksvereinen und Ärztekammern. (STEINHOFF)

Grundgedanke ihrer Gründung war die gesellschaftliche Vertretung der ärztlichen Standesinteressen. Die Wahrung der Standesehre und die Schlichtung kollegialer Streitigkeiten durch ein Schiedsgericht gehörten ebenso zu den Aufgaben der ärztlichen Bezirksvereine. Die Mitgliedschaft in den Bezirksvereinen war freiwillig, und so konnte jeder, gegen den ein Verfahren eingeleitet worden war, sich diesem durch einen Austritt aus dem Bezirksverein entziehen. (ALLG. STAATSARCHIV MÜNCHEN)

Besetzt waren die Schiedsgerichte ausschließlich mit medizinischen Mitgliedern, ein Umstand, der die Verfahrensabwicklung wegen fehlender juristischer Erfahrung erheblich erschwerte. (BAYERN: Akten des K. Staatsministerium der Justiz 1909)

Mehr und mehr erschien es notwendig, die Institution eines Ehrengerichts zu schaffen, dem alle Ärzte unterstanden. Erste Bestrebungen dazu gingen vom 10. Deutschen Ärztetag im Jahre 1882 aus, auf dem der Entwurf einer allgemeinen Deutschen Standesordnung erarbeitet wurde, der die Ehrengerichtsbarkeit einschloß. (STEINHOFF)

In Preußen wurde im Jahre 1899 durch das "Gesetz betr. die ärztlichen Ehrengerichte" (25.11.1899 (GS.S.565) abgeändert durch Gesetz vom 27.7.1904 (GS.S.182)) dieses Vorhaben erstmals verwirklicht. (vgl. BEWER, MARX, STEINHOFF, LEHMKUHL und PÜRCKHAUER). Jeder Bezirk erhielt ein Ehrengericht in der Ärztekammer. Dieses war besetzt mit einem vom Vorstand der Ärztekammer für die Dauer von sechs Jahren gewählten Richter eines ordentlichen Gerichts und ärztlichen Mitgliedern. Den einzelnen ärztlichen Ehrengerichten wurde der Ehrengerichtshof übergeordnet. Da es zu keiner Festlegung der Standespflichten kam, entschieden die ärztlichen Ehrengerichte in einem dem Strafprozess nachgebildeten Verfahren nach freier Überzeugung. Jegliche Verletzung der Berufs- und Standespflichten kam vor das Ehrengericht, und dieses wirkte auch als Schlichtungsstelle bei Streitigkeiten der Ärzte untereinander und zwischen Ärzten und anderen Personen. (MARX)

Angemerkt sei, daß bei Errichtung der ärztlichen Ehrengerichte in Preußen gefordert wurde, die Vorsitzenden durch einen Eid zu verpflichten, jede

ehrengerichtliche Bestrafung eines Arztes der Staatsanwaltschaft mitzuteilen. Dies wurde aber von den einzelnen Vorsitzenden abgelehnt und führte zur Abschaffung der entsprechenden Bestimmung. Der Staat erhielt dennoch die Möglichkeit einer genauen Unterrichtung, indem er zu den Verhandlungen einen Regierungsvertreter entsenden konnte, der ein ordentliches Ermittlungsverfahren einleiten konnte. (MOLL)

In mehreren anderen deutschen Ländern kam es zur Einrichtung von Ehrengerichten, von denen einige mit einer eigens erarbeiteten Standesordnung, andere mit der von ihnen ausgehenden Rechtsprechung arbeiteten. (ALLG. STAATSARCHIV MÜNCHEN)

Über die Kompetenz der ärztlichen Ehrengerichte und ihre Abgrenzung zu den ordentlichen Gerichten erging im Jahre 1932 ein Grundsatzurteil des Reichsgerichts. (RGE vom 14.10.1932 (III 428/31) vgl. BEWER) In diesem Urteil wurden sie als staatliche Behörde ausgewiesen, die, indem ihnen die Autorität vom Staat verliehen sei, das Standesrecht verträten.

Durch die Reichsärzteordnung des Jahres 1935 wurden sämtliche landesrechtlichen Regelungen aufgehoben, die die Ehrengerichtsbarkeit betrafen. (RGBl I S.1433) Die Berufsgerichtsbarkeit wurde in den §§ 51-79 der Reichsärzteordnung geregelt. Die dem Ehrengericht vorsitzenden Mitglieder wurden danach vom Reichsjustizministerium nach Anhörung

der Reichsärztekammer ernannt und nicht mehr von der Ärztekammer gewählt. Die ärztlichen Beisitzer wurden von der Reichsärztekammer bestimmt.

Nach 1945 regelten neue Gesetze die Berufsgerichtsbarkeit auf Länderebene. (LEHMKUHL und PÜRCKHAUER) Die Besetzung der Berufsgerichte ist in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich, in der Regel bestehen sie in der ersten Instanz aus einem Richter und zwei Berufsangehörigen, in der zweiten Instanz ist in den einzelnen Bundesländern die juristische, in anderen die ärztliche Seite stärker vertreten. (SPANN)

2.5. Schlichtungs- und Gutachterstellen für Arzthaftpflichtstreitigkeiten

Die Funktion der Preußischen Ehrengerichte als Schlichtungsstelle bei Streitigkeiten zwischen Ärzten; aber auch zwischen Ärzten und anderen Personen wurde schon oben erwähnt. Gesonderte, mit letzterer Aufgabe betraute Institutionen finden sich heute in den sog. Schlichtungs- und Gutachterstellen bei Haftpflichtstreitigkeiten.

Sie wurden von den Ärztekammern ausgehend zuerst in Bayern und Nordrhein-Westfalen (Ärztekammer Nordrhein) im Jahre 1975 ins Leben gerufen. Diesem Beispiel folgten verschiedene andere Ärztekammern. (BUNDESÄRZTEKAMMER, HENSCHEL, STROBRAWA)

Gutachter- und Schlichtungskommissionen unterschei-

den sich dadurch, daß die Arbeit der Gutachterkommissionen unter Ausschluß der streitenden Parteien stattfindet, während diese bei den Schlichtungskommissionen zugezogen werden. Auch führt in den Gutachterstellen ein Jurist und in den Schlichtungsstellen ein Arzt den Vorsitz. (HENSCHEL)

Generell ist in allen Kommissionen ein Jurist ebenso wie ein Arzt auf dem jeweilig zu behandelnden Fachgebiet vertreten. Letzterer kann selbst Mitglied der Kommission sein oder als korrespondierendes Mitglied Gutachten erstatten.

Die Aufgabe der Kommissionen liegt in der Beratung des antragstellenden Patienten hinsichtlich angenommener oder eingetretener ärztlicher Behandlungsfehler und einer abschließenden Gutachterⁿerstattung. Das Ziel ist die außergerichtliche Beilegung von Haftpflichtstreitigkeiten zwischen Arzt und Patient.

Nach der Wiedergabe von Entwicklung und Möglichkeiten einer ex-post-Behandlung ärztlich-ethischer Fragestellungen soll nun die Zuziehung ärztlicher Kommissionen v o r der Ausführung eines spezifischen ärztlichen Eingriffs beschrieben werden.

3. Konkrete Entscheidungsprozesse ärztlichen Handelns
Die ex-ante-Behandlung der Problemstellung durch
eine Kommission

3.1. Schwangerschaftsabbruch

3.1.2. Historischer Überblick

Bereits im Hippokratischen Eid steht die Maxime, daß der Arzt keine Leibesfrucht abtreiben soll. An sich war aber bei den Griechen und Römern die Abtreibung keine Seltenheit. Der Fetus wurde noch nicht als Mensch angesehen, sondern galt als ein Teil des mütterlichen Organismus. (MALBIN) Auch ARISTOTELES und PLATON wenden sich nicht gegen die Abtreibung. Sie beziehen in ihre Gedanken zur Abtreibung schon eugenische Aspekte ein.¹

So liest man in PLATONS Politeia:

"Wenn dann aber die Frauen und Männer das zeugungsfähige Alter überschritten haben, so lassen wir, denke ich, den Männern die Freiheit nach Belieben jeder Frau beizuwohnen - nur nicht der Tochter oder Mutter oder ihren Tochterkindern und den Müttern ihrer Mutter und ebenso den Frauen einem jedem Manne - außer einem Sohn oder Vater oder deren Verwandten in aufsteigender und absteigender Linie. Das alles aber erst, nachdem wir ihnen anbefohlen haben, unter allen Umständen dafür zu sorgen, daß kein solches Kind das Licht der Welt erblickt, wenn es empfangen ist; sollte es aber doch ins Leben treten, es so zu halten, als dürfe ein solches Kind nicht aufgezogen werden."

Zur Frage des Schwangerschaftsabbruchs fand sich historisch zunächst nur die ex-post-Verurteilung,

1. Zur nationalsozialistischen Auslegung von
PLATONS Gedankengut vgl. GÜNTHER

über deren Ausmaß in einigen Gesetzgebungen entweder durch Sachverständige geurteilt wurde oder in anderen die Begutachtung durch Rechtsgelehrte einging. (zur Geschichte des Abtreibungsverbotes vgl. HEISS, DÄHN)

In der Bambergensis aus dem Jahre 1507 wurde die Abtreibung des Foetus animatus als Mord mit der Todesstrafe geahndet. Über die Strafe der Abtreibung eines Foetus inanimatus urteilten dagegen Sachverständige. Die Peinliche Gerichtsordnung Kaiser Karls V setzte für die Verurteilung der Abtreibung eines Foetus inanimatus ein Gutachten von Rechtsgelehrten voraus. (HEISS)

3.1.3. Die Entwicklung seit dem Jahre 1871

Im Jahre 1871 kam es zu einer reichseinheitlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs durch die §§ 218-220 des Strafgesetzbuches, durch die die Abtreibung generell bestraft wurde. Die medizinische Indikation im Falle einer unmittelbaren Gefahr für die Schwangere wurde praktiziert, aber erst durch eine Reichsgerichtsentscheidung aus dem Jahre 1927 mit Hilfe der Rechtskonstellation des übergesetzlichen Notstandes anerkannt. (RGSt. 61, 242 vgl. WEISSAUER und HIRSCH)

Im Jahre 1925 wurde den Ärzten in Ober- und Niederschlesien durch ihre Ärztekammer auferlegt, vor jedem Schwangerschaftsabbruch einen zweiten Arzt zum Konsilium heranzuziehen. In fünf Leitsätzen, die das Verfahren regeln sollten, wurde u.a. jeder

Schwangerschaftsabbruch als anzeigepflichtig erklärt und eine Unterlassung der Anzeige als standesunwürdig angesehen. Gefordert war eine strenge Indikationsstellung und schriftliche Aufzeichnungen. Auch das Recht der Ärztekammer, in zweifelhaften Fällen einen wissenschaftlichen Beirat einzuberufen, fand sich unter den fünf Leitsätzen. (DT ÄRZTEBL 1932)

Der ärztliche Ehrengerichtshof vertrat in einem Urteil aus dem Jahre 1926 zum Schwangerschaftsabbruch die Auffassung, daß es eine selbstverständliche Pflicht jedes gewissenhaften Arztes sei, einen zweiten bei einem derartigen Eingriff zum Konsilium aufzufordern. (PREUSSISCHER ÄRZTLICHER EHRENGERICHTSHOF Urteil vom 29.3.1926, zitiert nach: Dt Ärztebl Editorial 1932)

Die Institution einer Gutachterstelle fand in dem "Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses" vom 14.7.1933 (RGBl. I S. 529) ihren Eingang. (vgl. REICHSÄRZTEKAMMER)

Ihre Anrufung wurde bei der medizinischen Indikation zur Voraussetzung.¹ Der vom Staat ernannte Leiter der Gutachterstelle berief Sachverständige, die ihre Tätigkeit ehrenamtlich ausübten und nur in sehr engem Rahmen ablehnen konnten. Zu jedem Fall wurden von zwei Sachverständigen voneinander unabhängige, schriftliche Gutachten erstattet. Der Sachverständige durfte vor Abschluß des Ver-

1. Konnte der Eingriff wegen unmittelbarer Gefahr für Leben und Gesundheit der Schwangeren nicht aufgeschoben werden, so entfiel die Anrufung der Gutachterstelle.

fahrens nicht über das zweite Gutachten in Kenntnis gesetzt werden.

Im Rahmen einer eugenischen Indikation zeigte sich ein weiterer Verfahrensweg. Die Anträge waren in diesem Fall nicht an die Gutachterstelle, sondern dem zuständigen Amtsarzt zu übermitteln. (KOHL-RAUSCH)

Zuständig für das weitere Verfahren waren die Erbgesundheitsgerichte. Sie bestanden aus einem Amtsrichter als Vorsitzendem, einem beamteten Arzt und einem weiteren Arzt, der - dem damaligen Gedankengut entsprechend - mit der Erbgesundheitslehre vertraut sein sollte.¹

Folgende Voraussetzungen waren für die eugenische Indikation gefordert:

1. Die rechtskräftige Entscheidung eines Erbgesundheitsgerichts auf Unfruchtbarmachung der Frau (wodurch den Erbgesundheitsgerichten gesetzliche Entscheidungskompetenz zukam)
2. Die Einwilligung der Schwangeren (welche jedoch bei der eugenischen Sterilisierung der Nichtschwangeren nicht erforderlich war)
3. Die Lebensunfähigkeit der Frucht
4. Die Ungefährlichkeit des Schwangerschaftsabbruches für das Leben und die Gesundheit der Frau

1. Weitere Ausführungen zu den Erbgesundheitsgerichten im Kapitel über die Sterilisation

5. Die Durchführung durch einen approbierten Arzt¹

Nach dem Zusammenbruch des Dritten Reiches blieb in einem Großteil der Bundesländer die Erbgesundheitsgesetzgebung erhalten. Nur in Bayern wurde sie aufgehoben und in Hessen bis auf weiteres für unanwendbar erklärt. (vgl. SCHÖNCKE-SCHRÖDER)

Die Gutachterstellen in den verschiedenen Bundesländern waren entweder bei den Ärztekammern eingerichtet oder auch bei den Gesundheitsämtern. Den Vorsitz führten die Leiter der Gesundheitsämter bzw. ein von der Ärztekammer gewähltes Mitglied.

Wiedergefunden hat sich in Deutschland der Kommissionsgedanke z.B. im Bundesland Nordrhein-Westfalen. Dieser wurde auf landesrechtlicher Ebene im Jahre 1970 verwirklicht. (Gesetz über die Gutachterstellen bei Ärztekammern vom 16.6.1970 GVNW 1970: 434-435) Die Kommission bestand aus drei Ärzten, von denen einer Gynäkologe sein mußte. Eine mehrheitliche Entscheidung war erforderlich und es blieb der Kommission freigestellt, weitere Ärzte als Sachverständige beizuziehen.

Die Diskussion um eine immer freizügigere Legali-

1. WOLFF weist darauf hin, daß durch das "Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses" auch eine rassische Indikation geschaffen wurde, indem nichtarische Personen von Vornherein vom Abtreibungsverbot ausgenommen waren und somit die Abtreibung bei Angehörigen der jüdischen Rasse nicht unter Strafe stand.

sierung des Schwangerschaftsabbruchs wurde intensiv auf nationaler Ebene; aber auch auf internationaler Ebene geführt.

Die "Deklaration von Oslo"¹ vom 22. August 1970 ist als internationale Richtlinie zum Schwangerschaftsabbruch anzusehen.

Diese stellt im ersten Abschnitt das höchste moralische Gebot für einen Arzt, nämlich die Achtung des menschlichen Lebens vom Zeitpunkt der Empfängnis an, heraus. Gebilligt wird nur der therapeutische Schwangerschaftsabbruch.² Eine solche Entscheidung sei in der Regel von mindestens zwei Ärzten, ausgewählt nach ihrer beruflichen Befähigung, zu treffen. Ein Gremium genehmige dem behandelnden Arzt den Schwangerschaftsabbruch.

In Deutschland kam es im Jahre 1974 zu gesetzgeberischen Konsequenzen der allgemeinen Diskussion um den Schwangerschaftsabbruch.

1974 setzte das Bundesverfassungsgericht ein vom

1. Wortlaut siehe Anhang

2. Der Widerspruch in der Deklaration sei hier hervorgehoben: Achtung des menschlichen Lebens vom Zeitpunkt der Empfängnis an - Billigung des therapeutischen Schwangerschaftsabbruchs. Nähere Erläuterungen zum therapeutischen Schwangerschaftsabbruch fehlen.

Bundestag beschlossenes Gesetz zur Änderung des § 218 StGB mit der sog. Fristenlösung außer Kraft. (BVerGE 39, 1ff)

Im 15. Strafrechtsänderungsgesetz kam es dann 1976 zu der heute gültigen Regelung. (BGBl I S. 1213)

Als Voraussetzung für einen legalen Schwangerschaftsabbruch gelten seither die medizinische, die kindliche, die sog. ethische und die soziale Indikation. Der Schwangeren wird die Verpflichtung zu einer Beratung, die mindestens drei Tage vor dem Eingriff zu erfolgen hat, auferlegt. Diese Beratung kann auch der behandelnde Arzt vornehmen.

Grundsätzlich soll die Beratung aber bei den dazu eingerichteten Beratungsstellen vorgenommen werden. (zur Frage des Anerkennungsverfahrens vgl. ESER und HIRSCH, H.A., WEISSAUER und HIRSCH, G.)

In diesen sind neben Ärzten auch Psychologen, Psychotherapeuten und Sozialarbeiter tätig, die eine möglichst individuelle Beratung der Schwangeren ermöglichen sollen.

Durch diese Neuregelung wird somit jeder Arzt, der nicht selbst den Schwangerschaftsabbruch vornimmt, ermächtigt (auch der beratende Arzt), die Indikation zum Schwangerschaftsabbruch zu stellen.

Der Gesetzgeber ging nach WEISSAUER und HIRSCH davon aus, daß eine "Beschränkung der Ärzte hinsichtlich ihres Fachgebietes bereits durch das

ärztliche Standesrecht gewährleistet sei, das dem Arzt Übergriffe auf Gebiete außerhalb seines Faches versage". Doch ist danach die Kompetenz des Arztes in der jeweiligen Indikationsstellung, insbesondere der sog. sozialen Notlagesituation, keineswegs gesichert.

Verschiedentlich wurde die Abschaffung der Gutachterstellen darauf zurückgeführt, daß diese zu schwerfällig gearbeitet hätten und das Verfahren mit zu großen Belastungen verbunden gewesen wäre.
(DEUTSCHER BUNDESTAG)

STOBER weist darauf hin, daß der Schwangeren bei Ablehnung durch die Gutachterstelle als Rechtsbehelf theoretisch der Verwaltungsgerichtsweg blieb, welches sich jedoch allein durch die Zeitverzögerung schwierig gestaltete.

Die Auflösung der Gutachterstelle stieß auch auf Kritik. (DEUTSCHER BUNDESTAG) Die DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR GYNÄKOLOGIE sprach in ihrer Resolution zur Reform des § 218 von "einer Belastung des Indikationsstellers mit evtl. untragbarer Verantwortung und einem im Einzelfall mitunter problematischen Entscheidungszwang."

Eine detaillierte Auseinandersetzung mit der Gesetzgebung bezüglich des Schwangerschaftsabbruchs würde die dieser Arbeit gesetzten Grenzen überschreiten.
(Vgl. hierzu EDANT, GAUTHIER, HANACK, WOLFF)

Als ein Beispiel für die Kommissionsarbeit sei hier

noch das dänische Modell angeführt, daß nach WOLFF der Gesetzgebung anderer Länder zur Vorlage diene.

Bereits im Jahre 1937 wurden hier, neben der seit 1930 durch das Strafgesetzbuch legalisierten engen rein medizinischen Indikation, als weitere die ethische, eugenische und auch die sozialmedizinische Indikation eingeführt.¹

Die Gesetzgebung dieses Landes aus dem Jahre 1956 beinhaltete neben der medizinischen, ethischen bzw. kriminologischen, eugenischen Indikation und der nun eindeutig aufgenommenen sozialmedizinischen Indikation eine sog. Defektindikation.²

Es kam zur Gründung von Landesausschüssen, in denen jeweils ein Jurist, ein Sozialratgeber und zwei Ärzte arbeiteten. Der eine der Ärzte sollte nach Möglichkeit ein Facharzt für Gynäkologie oder Chirurgie sein, während die Mitarbeit eines Facharztes für Psychiatrie Voraussetzung war. Diese Ausschüsse hatten Entscheidungsbefugnis.

Die weitere Liberalisierung ging dahin, daß seit 1970 eine Ausschußgenehmigung nur noch unter be-

-
1. Im Rahmen der medizinischen Indikation wird im Gesetz von einem hohen Risiko für die Schwangere gesprochen. Dieser Begriff wurde auch im Sinne einer sozialen Indikation interpretiert (EDANT)
 2. Ernsterer psychischer oder physischer Defekt, der die Frau ungeeignet macht, ein Kind in Obhut zu nehmen

stimmten Voraussetzungen notwendig war und seit 1973 nur nach Ablauf einer 12-Wochen-Frist.

(EDANT, WOLFF)

In die Landesausschüsse wurde ein Arzt für Allgemeinmedizin einbezogen, der besondere Erfahrungen im Bereich der Familienplanung und Sozialpsychiatrie aufweisen sollte.

Insgesamt läßt sich anhand der Regelungen der einzelnen europäischen Länder erkennen, daß in der Mehrzahl die Konsultation mehrerer Ärzte vorgeschrieben ist. Ausnahmen bilden Luxemburg, die Niederlande und Dänemark, welches - wie in der Arbeit ausgeführt - eine Mittelstellung einnimmt durch die erst nach Ablauf von 12 Wochen notwendige Bewilligung durch eine Kommission.

3.2. Sterilisation

3.2.1. Historischer Überblick

Berichte über Sterilisationen und Kastrationen reichen bis in das Altertum zurück. Meist diente die Kastration als Strafmaßnahme. Aus Alexandrien ist aus dem Jahre 200 bekannt, daß dort Kastrationen nur nach einem Gutachten von amtlichen Ärzten erlaubt waren. (KANKELEIT)

Die Katholische Kirche wandte sich im Mittelalter bis in die Neuzeit zwar offiziell gegen die Kastration, jedoch wurden Kastrationen zum Erhalt von Kastratenstimmen an bis zu 4000 Jungen jähr-

lich in überwiegendem Maße in Institutionen des Kirchenstaates selbst durchgeführt. (SCHULTZE zitiert nach KOPP)

3.2.2. Kommissionen auf dem Gebiet der Sterilisation

Die Existenz von Kommissionen auf dem Gebiet der Sterilisation ist eng mit der eugenischen und nationalsozialistischen rassenhygienischen Indikation verbunden.

Mit dem um die Jahrhundertwende einsetzendem sozialdarwinistischem Denken begann auch die Diskussion um die eugenische Indikation der Sterilisation.

In den USA traten die ersten Sterilisationsgesetze in Kraft. G.VON HOFFMANN teilt in seinem Buch über die Rassenhygiene in den Vereinigten Staaten die Gesetze der verschiedenen Bundesstaaten in drei Gruppen ein:

Als erste Gruppe führt er die Gesetze an, wo durch ein G e r i c h t eine s t r a f w e i s e Unfruchtbarmachung verfügt wurde wie in den Gesetzen der beiden Bundesstaaten Washington und Nevada. Die zweite Gruppe, die sich in den Gesetzen der Staaten Indiana, Kalifornien, Iowa und Nord-Dakota widerspiegelte, setzte einen A u s s c h u ß v o n F a c h l e u t e n ein, der mit Anstaltsärzten, Vorständen und Beamten besetzt war. In der dritten Gruppe wurde ein doppelter Verfahrensweg gewählt. So entschied in den Staaten New Jersey und New York ein A u s s c h u ß,

dessen Ergebnis jedoch g e r i c h t l i c h
ü b e r p r ü f t wurde. (eine Zusammenstellung
der Gesetzestexte findet sich in HOFFMANN, G. VON,
BLASBALG, ZURUKZOGLU)

Die Wahl der Operationsart wurde in einem Großteil
der Gesetze dem Ausschuß überlassen. Die Sterili-
sation konnte nur nach Einwilligung des zu Steri-
lisierenden erfolgen. Die jeweiligen Indikationen
sowie die Besetzung der Ausschüsse sind in Tab.1
aufgeführt. (zahlenmäßige Angaben zu den ausgeführ-
ten Sterilisationen vgl. HOFFMANN, G. VON)

In Deutschland galt nach dem Strafgesetzbuch die
Sterilisation - wie auch jeder andere operative
Eingriff - durch die §§ 223-225 StGB als Körper-
verletzung.

Der Medizinalrat Noecke, einer der bedeutenden
Vorkämpfer für die eugenische Indikation der Ste-
rilisation, forderte bereits im Jahre 1899 die
Sterilisation "gewisser Klassen von Degenerierten"
und sah eine diesbezügliche gesetzliche Regelung
als eine Pflicht des ärztlichen Standes an. (KOPP)
Auch FOREL sprach sich für derartige Maßnahmen
aus. Dieses als einen Verstoß gegen die ärztliche
Ethik zu bezeichnen, beschrieb er als eine veral-
tete, ja sogar falsche Auffassung.

Ein erster Gesetzentwurf zur Frage der Sterilisa-
tion ist aus dem Jahre 1914 bekannt. Dieser soll-

Tab. I.

Sterilisationsgesetze der Vereinigten Staaten von Amerika
(in Anlehnung an HOFFMANN, G. VON, BLASBALG, J.)

	Indikation	unter die Indikation fallende Personen	Entscheidung über die Vorname der Sterilisation	Besetzung	Berufung
Indiana 907	eugenisch	Notzuchtverbrecher, unverbesserliche Verbrecher, Idioten, Imbezille, Kranke, Entartete	Ausschuß	Anstaltsarzt- u. Oberarzt, zwei erfahrene Chirurgen	-
Washington 909	Strafmaßnahme	Notzuchtverbrecher, Gewohnheitsverbrecher	Strafgericht		ordentliches Gerichtsverfahren
Californien 909	im Gesetzestext als "Heilmittel", jedoch eugenisch	Zweimal wegen Sittlichkeitsverbrechens oder dreimal wegen eines anderen Verbrechens od. zu lebenslänglicher Freiheitsstrafe Verurteilte, Schwachsinnige, Idioten, Geisteskranke	Ausschuß oder "Behörde für Psychiatrie" oder Anstaltsleiter	Oberarzt bzw. Anstaltsarzt, Vorstand der Anstalt u. Vorstand des staatl. Gesundheitsamtes	-
Connecticut 909	im Gesetzestext auch als "Heilmittel", jedoch eugenisch	Insassen der Staatsgefängnisse Geisteskranke	Ausschuß	Zwei erfahrene Chirurgen und ein Arzt und ein weiterer Chirurg	-
Nevada 911	Strafmaßnahme	Notzuchtverbrecher, Gewohnheitsverbrecher	Strafgericht		ordentliches Gerichtsverfahren
Owa 911(1913)	im Gesetzestext auch als "Heilmittel", jedoch eugenisch	Verbrecher, insbes. Sittlichkeitsverbrecher, Zuhälter usw. Schwachsinnige, Idioten, Imbezille, Geisteskranke, Fallsüchtige, Kranke, Entartete, Syphilitiker, Trinker, Narkotiker, Prostituierte	"Gnadenausschuß", auch Gericht	Staatl. eingesetzte "Gnadenskommission" (Vorsteher bzw. Oberarzt der betreffenden Anstalt)	-
New Jersey 911	eugenisch	Notzuchtverbrecher, Gewohnheitsverbrecher, "minderwertige Insassen" der Besserungs-, Wohltätigkeits- und Strafanstalten	Ausschuß	ein Chirurg, ein Nervenarzt anerkannter Befähigung und ein Kommissar für Wohltätigkeit und Besserungswesen	vorgesorgt
New York 912	eugenisch	Notzuchtverbrecher, Gewohnheitsverbrecher, "minderwertige Insassen" der Besserungs-, Wohltätigkeits- und Strafanstalten	Ausschuß	ein Chirurg, ein Nervenarzt ein ausübender Arzt, alle mit mindestens zehnjähriger Berufserfahrung	vorgesorgt
Nebraska 913	im Gesetzestext als "Heilmittel", jedoch eugenisch	wegen eines "ehrenrührigen Verbrechens" Verurteilte, Idioten, Imbezille, Geisteskranke, Fallsüchtige	Gericht, auf Vorschlag eines Ausschusses	Chirurgen mit Arzt oder Chirurgen der jeweiligen Anstalt	durch Gerichtsverfahren ermöglicht
Michigan 913	im Gesetzestext als "Heilmittel", jedoch eugenisch	"Geistig minderwertige" oder geisteskranke Insassen der staatlichen Anstalten	Ausschüsse	Anstaltsleitungen und Anstaltsärzte	vorgesorgt
North-Dakota 913	im Gesetzestext als Heilmittel, jedoch eugenisch	"Minderwertige Insassen" der Besserungsanstalten, der staatl. Gefängnisse, Irrenanstalten und Schwachsinnigenheime	Ausschüsse und Behörden	Oberarzt jeder einzelnen Anstalt, Sekretär des staatl. Gesundheitsamtes, befähigter Arzt guten Rufes mit mindestens zehnjähriger Berufserfahrung in North-Dakota	-
Wisconsin 913	eugenisch	Verbrecher, Schwachsinnige, Geisteskranke, Fallsüchtige	Ausschüsse und Behörden		

te die Sterilisation aus medizinischen Gründen gestatten, jedoch keine anderen Indikationen geltend machen. (GAUPP, VOLLMANN)

Bedingt durch den Ausbruch des ersten Weltkrieges wurde dieser Entwurf jedoch niemals weiter bearbeitet.

In der weiteren Entwicklung der eugenischen Indikationsstellung kam dem Liegnitzer Medizinalrat BOETERS große Bedeutung zu. (vgl. GAUPP, KOPP, Ristow)

Er beschränkte sich nicht allein auf die Propagierung eugenischer Gedanken, sondern ließ nach Angaben von VOLLMANN trotz fehlender Gesetzesgrundlage Sterilisationen mit eindeutig eugenischer Indikation durchführen. FETSCHER sprach in diesem Zusammenhang von einer stillschweigenden Duldung durch die Justizbehörden.

Im Jahre 1926 veröffentlichte BOETERS einen Gesetzesentwurf, der als sog. Lex Zwickau bekannt geworden ist. Dieser sah die zwangsweise Sterilisation im Sinne einer "Verhütung unwerten Lebens durch operative Maßnahmen" vor. Über diese sollte durch eine Medizinalbehörde entschieden werden, deren Konstituierung den einzelnen Landesregierungen zu überlassen wäre.

Ebenfalls unter dem Einfluß BOETERS stand der im Jahre 1928 ausgearbeitete Gesetzesvorschlag des Sächsischen Landesgesundheitsrats betreffs einer

Ergänzung des § 224 StGB, nach dem die eugenische Indikation - jedoch nur mit einer Einwilligungs-erklärung - Berücksichtigung finden sollte. Als Gutachter mußten ein Psychiater und ein in der Rassenhygiene erfahrener Arzt herangezogen werden. (EBERMAYER, KANKELEIT, VOLLMANN)

1932 befaßte sich ein Ausschuß des preußischen Landesgesundheitsrates mit einem Entwurf eines Sterilisationsgesetzes. Noch unter der Voraussetzung der Einwilligung des zu Sterilisierenden wäre diesem Vorschlag zufolge der Beschluß durch einen Ausschuß herbeigeführt worden. (RUTTKE)

Die 1933 verabschiedete Ergänzung zum § 226 StGB, wonach die Sterilisation bei Einwilligung des Betroffenen und nicht sittenwidriger Ausführung nicht strafbar war, erlangte niemals große Bedeutung. (ESER 1980) Bereits im gleichen Jahr trat das Erbgesundheitsgesetz (RGBl I S. 529) in Kraft, das die zwangsweise Sterilisation ermöglichte. (REICHS-ÄRZTEKAMMER, GÜTT und RÜDIN und RUTTKE)

Auch die zwangsweise Kastration wurde durch das Gesetz gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher vom 24.11.1933 (RGBl. I S. 995) als präventiv -therapeutische Maßnahme eingeführt.

Für einen operativen Eingriff wurden durch das Erbgesundheitsgesetz die medizinische und die eugenische Indikation geltend gemacht.

Nach Erlaß des Gesetzes konstituierten sich Erbgesundheitsgerichte bzw. -obergerichte, die die Entscheidung über die beantragte Sterilisation zu treffen hatten. (Erläuterungen zum Verfahren vgl. DAIBER, MARTELL, RISTOW)

Die Organisation der Gerichte lag bei den Landesbehörden, welche auch die Mitglieder des Gerichts ernannten. Den Vorsitz führte ein Amtsrichter, weitere Mitglieder des Gerichts waren ein beamteter Arzt und ein mit der Erbgesundheitslehre vertrauter Arzt. Durch die Gerichte konnten auch Zeugen und Sachverständige vernommen werden. Ärzte, die als Zeugen oder Sachverständige vor dem Gericht aussagen mußten, waren grundsätzlich ihrer Schweigepflicht entbunden und zur Aussage verpflichtet. Grundsätzlich war die Anhörung von Sachverständigen jedoch nicht notwendig (RISTOW), und es galt das Prinzip der mündlichen Verhandlung unter Ausschluß der Öffentlichkeit. Den Gerichten wurden alle Rechte eines ordentlichen Gerichtes erteilt.

Der internationale Strafrechts- und Gefängniskon-greß in Berlin verabschiedete 1935 mit großer Mehrheit eine Entschließung, die neben der präventiv-therapeutischen Sterilisation bei sexuellen Störungen und der medizinischen auch eine zwangsweise Sterilisation aus eugenischen Gründen befürwortete.

Durch ein Kollegium, bestehend aus Medizinern und Juristen, sollte in den nationalen Gesetzgebungen

ein sorgfältiges Verfahren ermöglicht werden.
(RISTOW)

In verschiedenen anderen europäischen Ländern wurden gleichfalls Sterilisationsgesetze erlassen, die jedoch keine zwangsweise Sterilisation vorsahen. (vgl. RUTTKE, RISTOW, ZURUKZOGLU)

Der Direktor der Universitäts-Nervenklinik Greifswald SCHWARZ wies in einer kritischen Auseinandersetzung mit dem Erbgesundheitsgesetz 1950 darauf hin, daß bei der Mehrzahl der von ihm durchgesehenen Entscheidungen des Erbgesundheitsgerichts neben fehlender wissenschaftlicher Grundlage der aufgeführten Indikationen auch die Besetzung der Erbgesundheitsgerichte keineswegs fachkompetent war. So wurden z.B. Entscheidungen, die das psychiatrische Fachgebiet betrafen, durch einen Augenarzt und einen weiteren Arzt ohne Spezialisierung auf diesem Gebiet gefällt.

In der Periode nach dem Nationalsozialistischen Regime kam es bisher nicht zu einer eindeutigen Rechtsprechung betr. Sterilisation und Kastration aus medizinischer Indikation. (ESER 1980)
Die heutige Handhabung geht dahin, daß bei Einwilligung des Patienten eine Strafverfolgung entfällt.

Die freiwillige Kastration gegen die Auswirkungen eines abnormen Geschlechtstriebes wurde durch das Gesetz über die freiwillige Kastration und andere

Behandlungsmethoden vom 15.8.1969 (BGBl I S.1143) geregelt.¹

Dabei wird die Zuziehung einer Gutachterstelle bei der freiwilligen Kastration aufgrund sexueller Deviationen bzw. aufgrund einer kriminologischen Indikation zur Voraussetzung für deren Durchführung.

Aufgabe der Gutachterstelle ist die Überprüfung der Indikation und Einwilligung des Patienten. Auch hat ein ärztliches Mitglied derselben den Patienten persönlich zu untersuchen und eine umfassende Aufklärung des Patienten, ggf. seines Vormundes oder Pflegers vorzunehmen. (NARR)

Die Kommission besteht z.B. im Bundesland Nordrhein-Westfalen aus zwei ärztlichen Mitgliedern, von denen einer Psychiater sein muß und einem weiteren Mitglied, welches die Befähigung zum Richteramt oder höheren Verwaltungsdienst besitzen soll. (GVNW 1970 S. 434)

-
1. Als sog. andere Behandlungsmethoden werden solche bezeichnet "mit denen keine absichtliche Entfernung oder dauernde Funktionsfähigkeit der Keimdrüsen angestrebt wird, die aber eine solche zur Folge haben können (§ 4 Abs. 1. Kastr. G. vgl. NARR Rd.Nr. 835)
Auch hier ist unter bestimmten Voraussetzungen die Anrufung der Gutachterstelle erforderlich

3.3. Euthanasie

3.3.1. Definition und historischer Überblick

Der Begriff "Euthanasie" stammt aus dem Griechischen und bedeutet soviel wie "ein sanfter guter Tod". Im engeren Sinne versteht man unter Euthanasie ein absichtliches aktives oder passives Eingreifen in einen Sterbeprozess mit dem Ziel einer Leidensverkürzung.¹

Auf dem Gebiet der Euthanasie wurde immer wieder die Zuziehung einer Kommission gefordert, die über die moralische; aber auch über die gesetzliche "Rechtmäßigkeit" des Einzelfalls entscheiden sollte. Es kann insbesondere am Beispiel der Euthanasie nachgewiesen werden, daß Kommissionen keineswegs vor einem unethischen Verhalten schützen. Sie können vielmehr durch moralisch nicht zu rechtfertigende Beurteilungskriterien zu einem inhumanen Ergebnis führen.

In den Gedankengängen der Philosophen der Antike

1. EHRHARDT unterteilt die Euthanasie in folgende Formen:

1. Sterbehilfe ohne Lebensverkürzung
2. Sterbehilfe durch Sterbenlassen
3. Sterbehilfe mit Lebensverkürzung als Nebenwirkung
4. Sterbehilfe mit gezielter Lebensverkürzung
5. Künstliche Lebens- und Leidensverlängerung
6. Vernichtung lebensunwerten Lebens

werden bereits Richtsätze zur Euthanasie erkennbar, die später im Nationalsozialismus realisiert wurden.

So kann man schon bei PLATON folgende Äußerung wiederfinden:

"Eine Heilkunst also, wie wir sie besprochen haben, und gemeinsam damit eine Rechtspflege dieser Art wirst du als gesetzmäßige Einrichtung in unserer Stadt einführen. Beide sollen den an Leib und Seele wohlgeratenen Bürgern ihre Pflege angedeihen lassen, nicht aber den anderen; sondern wer einen übel gearteten Körper hat, den werden sie sterben lassen, wer aber eine mißratene und heillose Seele hat, den werden sie sogar selbst umbringen."

In Sparta war es Gesetz, lebensunfähige Neugeborene nicht aufzuziehen, sondern zu vernichten, und in Rom wurden nach dem Zwölftafelgesetz Mißgeburten nicht am Leben gehalten. (BARTH) Nach einem anderen römischen Gesetz durften Kinder nur getötet werden, nachdem sie von fünf Zeugen als Mißgeburt erklärt worden waren. (MALBIN; zur Geschichte der Euthanasie vgl. KOTY, HENTIG, H. VON 1933, HENTIG, H. VON 1954, MÖLLERING, SCHIPPERGES, GILLON)

Miteinbezogen in die Euthanasiemaßnahmen wurden sowohl im antiken Griechenland als auch im römischen Reich auch alte Menschen. (KOTY)

3.3.2. Die Entwicklung auf dem Gebiet der Euthanasie seit der Jahrhundertwende

Die Tendenz einer Entwicklung, die ihren Endpunkt

in den Euthanasiekommissionen des Dritten Reichs fand, läßt sich rückblickend schon um die Jahrhundertwende erkennen. Nicht nur das sog. Recht auf den Tod, sondern auch rassenhygienische Selektion im Sinne Darwinistischen Denkens fanden Eingang in die damalige Diskussion. (HELLBRÜGGE)

PLOETZ sprach sich als einer der ersten im Jahre 1895 dafür aus, daß über Leben und Tod von schwächlichen und mißgestalteten Kindern ein Ärztekollegium entscheiden sollte. (HELLBRÜGGE, STROOTHENKE)

OSTWALD veröffentlichte im Jahre 1913 in seiner Zeitschrift "Das monistische Jahrhundert" den Gesetzesvorschlag des todkranken GERKAN, der die Sterbehilfe - hier nur für unheilbar Kranke - regeln sollte.

In diesem "Gesetzesvorschlag", der acht Punkte umfaßte, sollte dem Kranken die Möglichkeit eingeräumt werden, selbst Sterbehilfe zu beantragen. Ein Gerichtsarzt und zwei zuständige Spezialisten wären mit der Untersuchung zu beauftragen, an der auch noch weitere Ärzte teilnehmen könnten. Als Ziel der Untersuchung diene "ob nach wissenschaftlicher Überzeugung der Untersuchenden ein tödlicher Ausgang der Krankheit wahrscheinlicher wäre, als die Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit." Ein Gericht sollte dem Beantragenden bei überwiegender Wahrscheinlichkeit eines baldigen Todes das "Recht auf Sterbehilfe" aussprechen.

Die überwiegende Form der damaligen inhaltlichen

Diskussion wird deutlich in der Publikation des Juristen ELSTER aus dem Jahre 1915, in der er sich auf einen Artikel des Rechtsanwalts KAHLER bezog und u.a. ausführte:

"... Die Frage, ob unheilbar Kranken eine Sterbehilfe zuteil werden dürfe, ist zu einer Zeit besonders wertvoll, wo tausende gesunder Leben einer höheren Notwendigkeit folgend, sich opfern müssen. Da wird man eher geneigt sein, anders als sonst über die Kranken zu denken, die zu leben gezwungen werden. Der Verfasser hat Recht, wenn er die Frage als eine juristische behandelt; sie ist einzig und allein eine juristische, die ethischen, die philosophischen oder die poetisch psychologisch zu wertenden Probleme sind in allgemeiner Übereinstimmung bereits gelöst."

Er sprach sich, jedoch aus rein juristischen Erwägungen - für die Entscheidung durch ein Ärztekollegium aus.

Nach EHRHARDT ist die Entwicklung der Euthanasie in der Periode nach dem 1. Weltkrieg in Deutschland im Gegensatz zum Ausland dadurch gekennzeichnet, daß hier nicht nur Sterbehilfe mit gezielter Lebensverkürzung - gezielte Tötung auf Verlangen -, sondern auch die Euthanasie von "geistig toten" Kindern bzw. Mißgeburten und hoffnungslos geisteskranken Erwachsenen gefordert wurde.

Betrachtet man zunächst die Entwicklung im Ausland, so ist vor allem in den USA und in Großbritannien mit besonderem Nachdruck versucht worden, die

Euthanasie zu legalisieren.¹

Im Bundesstaat Ohio wurde bereits im Jahre 1868 ein Gesetz in erster Lesung genehmigt, welches die Entscheidung nicht dem Patienten und behandelnden Arzt allein überlassen sollte. Begleitend war die Untersuchung durch drei weitere unabhängige, erfahrene und regelmäßig praktizierende Ärzte vorgesehen. (BRITISH MEDICAL JOURNAL 1906, CATEL)

1937 wurden im Bundesstaat Nebraska Euthanasiekommissionen gesetzlich eingeführt. Der behandelnde Arzt wurde danach verpflichtet, vor der Durchführung der Sterbehilfe an einem unheilbar Kranken ein Kollegium zu Rat zu ziehen, dessen Entscheidung einstimmig sein sollte. (MMW 1937)

In Großbritannien kam es durch Millard 1932 zu einer heftigen Diskussion um die Freigabe der Euthanasie. (vgl. GILLON, EHRHARDT, MÖLLERING, MMW 1931, WILLIAMS)

Die von ihm gegründete "Euthanasia Society" konnte den von ihr erarbeiteten Gesetzentwurf trotz Befürwortung vieler vor dem House of Lords im Jahre 1936 nicht durchsetzen. In diesem sehr kompliziert aufgebauten Vorschlag war die Zuziehung von zwei Sachverständigen vorgesehen.

1. Für die hier dargestellte ausländische Gesetzgebung wird der Begriff Euthanasie nur als Sterbehilfe mit gezielter Lebensverkürzung, Tötung auf Verlangen verwendet.

Die Weiterentwicklung der Diskussion in Deutschland bis hin zu den Euthanasieprogrammen, die 1931 begannen, ist in entscheidendem Maße durch das 1922 erschienene Buch von BINDING und HOCHHE "Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens" gekennzeichnet.

Die Autoren befürworteten Euthanasiemaßnahmen unter folgenden Voraussetzungen:

Ein tödlich Kranker könnte sich selbst für eine Beendigung seines Lebens aussprechen; jedoch forderten BINDING und HOCHHE ebenso die Vernichtung von "unheilbar Blödsinnigen". Zwischen diesen beiden Extremen unterschieden sie eine sog. Mittelgruppe, die ursprünglich geistig gesunde Personen zu umfassen hätte, die aber nach einem Unfall in einem Stadium des Vegetierens verblieben. Letztere Fälle wären gesondert zu behandeln, da hier keine klaren Regelungen für die Handhabung möglich wären.

Die ärztliche Kommission diene als Schutz vor einem Mißbrauch und hätte in einem genau geregelten Verfahren die Entscheidung im Einzelfall zu treffen.

Als "Staatsbehörde" gehörte ihr ein Arzt für körperliche Krankheiten, ein Psychiater und ein zweiter Arzt an, der ebenfalls mit dem Gebiet der Geisteskrankheiten vertraut sein sollte. Weiterhin mußte ein Jurist in der Kommission vertreten sein.

Durch einen die Verhandlung leitenden Vorsitzenden,

der selbst kein Stimmrecht hätte, wäre eine Äquivalenz der Mitglieder gewährleistet.

Als Antragsteller könnten der tödlich Kranke selbst, sein Arzt oder auch eine vom Kranken beauftragte Person auftreten. Der Antragsteller und der behandelnde Arzt dürften jedoch nicht in der Kommission vertreten sein.

Der Aufgabenbereich der Kommission sollte nach BINDING und HOCHÉ in der Feststellung einer unheilbaren Krankheit bzw. Geistesschwäche liegen. Auch die Fähigkeit des Kranken zur Einwilligung sollte überprüft werden, und der zustimmende Beschluß, der jederzeit durch den Kranken revidiert werden könnte, sollte einstimmig sein.

Dieser genau formulierte Vorschlag einer administrativen Regelung zeigt, daß sich unter dem Deckmantel von Objektivität ethisch nicht zu rechtfertigende Kriterien verbargen. In der weiteren Entwicklung auf dem Gebiet der Euthanasie bis hin zur Perversion des Begriffes im Dritten Reich waren BINDINGs und HOCHÉs Gedanken daher von großer Bedeutung.

Noch weiter als BINDING und HOCHÉ ging in seinen Vorstellungen der Liegnitzer Stadtrat BORCHARDT mit seinem in der Deutschen Strafrechtszeitung 1922 zur Diskussion gestellten Gesetzesvorschlag.

An die Gedanken von HOCHÉ und BINDING anknüpfend

sprach er sich für die Einrichtung eines "Freigabeausschusses" aus. BORCHARDT ging nur noch auf die Euthanasie von "unheilbar Geistesschwachen" ein. Eine nähere Definition dieses Begriffs vermied er bewußt, da er die Klassifizierung zum Aufgabenbereich des Ausschusses rechnete. Er betonte die Notwendigkeit der Vernichtung "Geisteschwacher" mit der Behauptung, der Unterhalt dieser gehe zu Lasten der öffentlichen Mittel und stelle eine erhebliche Belastung für die Allgemeinheit dar. Die Mittel wären sinnvoller in der Armenpflege zu verwenden.

Der Freigabeausschuß sollte aus einem Senatspräsidenten als Vorsitzenden, einem Oberlandesgerichtsrat und drei Fachärzten bestehen.

Durch ein Vormundschaftsgericht sah BORCHARDT die Vorprüfung und das Einholen eines Gutachtens vor, welches der behandelnde Arzt bei Befürwortung an den "Freigabeausschuß" zu übersenden hätte, der dann die Entscheidung treffe.

Von Bedeutung ist, daß BORCHARDT anders als BINDING und HOCHE das Recht auf Antragstellung mit der Begründung eines öffentlichen Interesses auch auf den zuständigen Armenverband ausgedehnt wissen wollte. Außerdem war für den Ausschuß keine Einstimmigkeit mehr erforderlich, sondern es genügte ein Mehrheitsbeschluß. Dem zuständigen Kreisarzt wäre die Verpflichtung der Beschlußvollstreckung zugekommen.

3.3.3. Praktizierte Vernichtung "lebensunwerten Lebens"

Unter der nationalsozialistischen Herrschaft wurde die Euthanasie in der sog. Kinderaktion, der Erwachsenenaktion und der Tötung von Konzentrationslagerhäftlingen in Euthanasieanstalten durchgeführt. Als Grundgedanken dienten die Erhaltung der Volksgemeinschaft, Rasseneinheit und Elitezüchtung.

Kinderaktion

Im Jahre 1939 wurde auf persönliches Bestreben Hitlers der "Reichsausschuß zur Erforschung erb- und anlagebedingter schwerer Leiden" gegründet, der direkt der Kanzlei des "Führers" unterstand. (zur Kinder- und Erwachsenenaktion und zur Tötung von Konzentrationslagerhäftlingen vgl. MITSCHERLICH 1949, 1960, PLATEN-HALLERMUND, BAADER, DÖRNER, EHRHARDT, HELLBRÜGGE)

Durch den Geheimerlaß vom 18.8.1939, dessen Text jedoch nicht vorliegt, trat als zweiter Faktor in der Einleitung der sog. Kinderaktion die Meldepflicht bei der Geburt mißgestalteter Kinder hinzu. Dies führte zu einer generellen Erfassung erb- und anlagebedingter schwerer Leiden.

Das Verfahren lief folgendermaßen ab:

Der Amtsarzt schickte den geforderten Meldebogen dem Reichsausschuß in Berlin zu. Dieser legte ihn drei Gutachtern, die unabhängig voneinander ur-

teilten, vor. Die "Begutachtung" fand auf schriftlichem Wege statt und das Gutachten wurde ohne eine körperliche Untersuchung in Form eines einfachen Plus bei Befürwortung bzw. Minus bei Ablehnung oder einer Aufforderung zur Untersuchung erstattet. Nach Befürwortung wurden die Kinder in eigens für die Euthanasie geschaffene "Kinderfachabteilungen" verlegt, in denen sie dann getötet wurden.¹

Erwachsenenaktion

Die Erwachsenenaktion verlief - ebenso wie die Kinderaktion - unter Geheimhaltung. In die Wege geleitet wurde sie durch einen Geheimbefehl Hitlers an den Leiter der Kanzlei des Führers, Reichsleiter Philipp Bouhler und an Professor Brandt, den Reichskommissar für das Sanitäts- und Gesundheitswesen. Beide wurden mit der Organisation des Euthanasieprogrammes beauftragt und sollten bestimmte Ärzte für dessen Ausführung ernennen. (NÜRNBERGER ÄRZTEPROZESSE DOC.NO. 426)

Auch hier wurde eine Meldepflicht eingeführt, die die in Heil- und Pflegeanstalten untergebrachten Personen umfaßte. Der Beginn ist wie der der Kin-

-
1. Die Altersgrenze wurde in späterer Zeit auf 16 Jahre heraufgesetzt. In die Tötung wurden auch "nichtarische" Kinder einbezogen. Im Gegensatz zur sog. Erwachsenenaktion wurde die Kinderaktion bis zum Ende der nationalsozialistischen Herrschaft durchgeführt.

deraktion auf das Jahr 1939 zu datieren.

12-15 Gutachter, die größtenteils in angesehenen ärztlichen Positionen standen, waren zu der Bearbeitung der Meldebogen herangezogen. In jedem Einzelfall sollten drei voneinander unabhängige Gutachten angefertigt werden. Die "Reichsarbeitsgemeinschaft Heil- und Pflegeanstalten" übernahm als erste Instanz die Ermittlung der Kranken durch den Versand von Meldebögen.

Aufgrund der Gutachterentscheidung wurden die Patienten in sog. Beobachtungsanstalten verlegt, in denen sie theoretisch ein bis drei Monate in Beobachtung des behandelnden Arztes bleiben sollten.

Aus verschiedenen Briefen an den Gutachter Dr. Pfannmüller geht hervor, daß dieser in einem Zeitraum von zwei Wochen allein 2109(!) Fragebogen bearbeitete. (NÜRNBERGER ÄRZTEPROZESSE DOC.NO 825)

Es existierten ebenso Kommissionen, die in den Heil- und Pflegeanstalten "Untersuchungen" wegen einer möglichen Verlegung in eine andere Anstalt (diese entsprach der Euthanasieanstalt) vornahmen. Die Kommissionen bestanden aus ca. 25 Personen, unter denen mindestens zwei Ärzte waren, die aber auch eine Reihe von Medizinstudenten und Bürohilfskräften umfaßten. (NÜRNBERGER ÄRZTEPROZESSE DOC. NO. 3865)

Die Tötung von Konzentrationslagerhäftlingen in Euthanasieanstalten

Da die Tötungsaktionen nicht verborgen blieben und die Öffentlichkeit hellhörig wurde, kam es im Sommer 1941 durch einen mündlichen Befehl Hitlers zur Einstellung des Euthanasieprogrammes. Realiter handelte es sich aber nur um eine Aufgabenverschiebung, da nunmehr Häftlinge in Konzentrationslagern ausgesondert wurden.

So arbeitete z.B. im Konzentrationslager Dachau eine Kommission aus vier Psychiatern unter der Leitung von Professor Heyde, deren Aufgabe es war, arbeitsunfähige Häftlinge auszuwählen. Diese wurden dann mit dem Ziel der "Euthanasie" - was de facto der Vergasung gleichzusetzen war - verlegt.
(NÜRNBERGER ÄRZTEPROZESSE DOC.NO. 2799)

In der Auswahl der Häftlinge waren nicht ausschließlich gesundheitliche Voraussetzungen, d.h. eine Arbeitsfähigkeit, sondern auch politische und rassische Erwägungen von Bedeutung. (NÜRNBERGER ÄRZTEPROZESSE Prot. S. 1913)

Zwei Beispiele über Theorie und Praxis des Wirkungskreises der ärztlichen Kommission im Euthanasieprogramm seien hier gegenübergestellt:

In einem Brief an den Obersten Richter der NSDAP Walter Buch wurde in einer geheimen Reichssache beschrieben:

"... Das, was dort vor sich geht, davon darf ich sie vertraulich unterrichten - geschieht aufgrund einer Ermächtigung des Führers durch eine Kommission von Ärzten. Die Auswahl wird nach menschlichem Ermessen gewissenhaft und gerecht vorgenommen, nicht von einem Einzelnen, sondern von einer Kommission, von der jedes Mitglied zunächst unabhängig eine Entscheidung fällt." (NÜRNBERGER ÄRZTEPROZESSE DOC. NO. 002)

Über die Praxis liest man in einem Brief des Dr. Mennecke, Mitglied einer derartigen Kommission:

"... Danach untersuchten wir noch bis gegen 16 Uhr und zwar ich 105 Patienten, Müller 78 Patienten, so daß also damit endgültig als erste Rate 183 Bögen fertig waren. Als zweite Portion folgten nun insgesamt 1200 Juden, bei denen es genügt, die Verhaftungsgründe (oft sehr umfangreich) aus den Akten zu entnehmen und auf die Bögen zu übertragen. Es ist also eine rein theoretische Arbeit, die uns bis Montag einschließlich ganz bestimmt in Anspruch nimmt, vielleicht sogar noch länger. ..." (NÜRNBERGER ÄRZTEPROZESSE DOC. NO. 907)

3.3.4. Die Entwicklung auf dem Gebiet der Euthanasie in der Periode nach dem 2. Weltkrieg

Durch die Geschehnisse des Dritten Reichs bedingt war in Deutschland das Thema einer Legalisierung der Euthanasie in der Nachkriegsperiode weitgehend tabuisiert.

Im Gegensatz dazu hielt die Forderung nach einer Legalisierung in anderen Staaten an.

Im Jahre 1946 wurde von der Euthanasie Society of

America ein Gesetzentwurf für ein würdevolles "mercifull killing" zur Diskussion gebracht. Als Verfahren war eine Antragstellung vor Gericht vorgesehen, nachdem eine Kommission (investigating Committee) aus Ärzten und Laien diesem Antrag stattgegeben hätte (TIME 1946).

Enorme Bedeutung gerade auch in der Öffentlichkeit kam im Jahre 1975 dem Fall der Karen Ann Quinlan im amerikanischen Bundesstaat New Jersey zu. Sie befindet sich seit dem 15. April 1975 in einem Coma, verursacht durch eine Intoxikation durch Barbiturate und Alkohol. In den Monaten nach ihrer Einlieferung assistiert beatmet, stellten die Eltern im Oktober des Jahres 1975 den Antrag an Ärzte und Krankenhaus, die assistierte Beatmung zu beenden, um ihre Tochter würdevoll sterben zu lassen.

Dieser Antrag wurde von den Ärzten ebenso wie von der dann angerufenen ersten Instanz eines Gerichts zurückgewiesen. Nachdem durch ein Urteil des Obersten Gerichtshofes des Bundesstaates New Jersey vom 31. März 1976 (SUPREME COURT OF NEW JERSEY, 70 N.J. 10, 355 A.2d 647) eine Abschaltung der Geräte ermöglicht worden war, liegt die Patientin seit diesem Zeitpunkt in einem Coma vigile. (vgl. DOWBEN, MICHAUX und DEVELAY-LE GUEUT)

Gerade auf diese Kasuistik zurückzuführen ist das Inkrafttreten des ersten Euthanasiegesetzes im amerikanischen Bundesstaat Californien im Jahre 1977. Dieses legalisiert die Euthanasie im Endsta-

dium einer Erkrankung. (CALIFORNIA NATURAL DEATH ACT)

Voraussetzung ist danach die Diagnosestellung durch zwei Ärzte, von denen einer der behandelnde Arzt sein soll. Das sog. Endstadium darf von beiden Ärzten nur nach persönlicher Untersuchung bestätigt werden.¹

Dem californischen Gesetz folgten unmittelbar Gesetze in anderen acht amerikanischen Bundesstaaten und DOWBEN gibt für 1980 die Zahl von 59 weiteren Euthanasiegesetzen in 42 Bundesstaaten an, die zur Bewilligung vorlägen.

Eine ad-hoc-Kommission, die den behandelnden Arzt bei seiner Entscheidung berät, ist von verschiedenen amerikanischen Kliniken bekannt.

Im Massachusetts General Hospital z.B. besteht diese aus einem Psychiater, einem Rechtsanwalt, einem Onkologen, einem Allgemeinchirurgen und einem Laien, der selbst vom Krebs geheilt worden ist. Die Patienten werden hier nach ihrer Überlebenswahrscheinlichkeit nach medizinischen Kriterien in vier Kategorien eingeteilt, nach denen sich

1. DOWBEN weist darauf hin, daß sich weder im californischen Euthanasiegesetz noch in den diesen folgenden Gesetzestexten eine genaue Definition der sog. terminal condition findet.

das therapeutische Procedere richten soll. (DOWBEN)

Betont wird bei der Gesamtheit der ad-hoc-Kommissionen die Eigenverantwortlichkeit des behandelnden Arztes.

3.4. Kommissionen und das "Recht auf Leben" des einzelnen Patienten - Hämodialysekommissionen

In vielen Hämodialysezentren, insbesondere in den USA, wurde die Auswahl der Patienten zur Hämodialyse Kommissionen übertragen. (SANDERS und DUKE-MINIER) Nicht das sooft propagierte "Recht auf Sterben", sondern das Gegenteil, nämlich das Recht auf Leben ist hier der Bewertung durch eine Kommission unterworfen.

Vor der Entscheidung durch die Kommission wird bereits eine medizinische Einschätzung durch Ärzte vorgenommen. Erscheint der Patient vom ärztlichen Standpunkt aus für die Hämodialyse geeignet, so werden in einer sog. Kommission zur Auswahl von Patienten (patient selection committee) weitere Kriterien einbezogen. Unterschiedlich in den einzelnen Hämodialysezentren werden auch Alter, psychiatrische, soziale und finanzielle Gesichtspunkte berücksichtigt.¹

1. LEENEN gibt eine Übersicht über die möglichen Auswahlssysteme und Kriterien. Außer dem hier dargestellten Kriteriensystem sind ein chronologisches, ein Los- und ein Wartelistensystem möglich (vgl. auch JOURNAL OF MEDICAL ETHICS 1980, PARSONS und LOCK)

Die Kommissionen bestehen aus Ärzten, Sozialarbeitern, Rehabilitationsarbeitern und sehr oft auch Laien.

Als ein konkretes Beispiel in der Auswahl sei hier das Pioneering Seattle Artificial Kidney Center an der Universität Washington angeführt. (SANDERS und DUKEMINIER) Voraussetzungen für einen Zugang sind an diesem Hämodialysezentrum das Alter des Patienten unter 40 Jahren, wirtschaftliche Unabhängigkeit und ein dauernder Wohnsitz im Bundesstaate Washington.

Hat eine ärztliche Kommission die Hämodialyse nach medizinischen Kriterien befürwortet, so folgt eine endgültige Beschlußfassung in einer anonym arbeitenden Kommission, in der auch Laien vertreten sind. Derzeit besteht sie an diesem Institut aus sieben Personen, darunter einem Geistlichen, einem Bankier, einer Hausfrau, einem Vorarbeiter und zwei Ärzten. Die Entscheidung der Kommission berücksichtigt soziale und ökonomische Gesichtspunkte. So werden z.B. Patienten mit Angehörigen; aber auch Patienten, die bestimmte soziale Funktionen innehaben (wie freiwillige Mitglieder des Roten Kreuzes) bevorzugt. Für die Arbeit der Kommission existieren keinerlei ethische Richtlinien, so daß die Mitglieder von ihren je eigenen moralischen Vorstellungen geleitet werden.

3.5. Medizinisch-wissenschaftliche Forschung

3.5.1. Historischer Überblick

Aus früherer Zeit sind wissenschaftliche Versuche an Tieren; aber auch an Menschen bekannt. Bereits Herophilos beschränkte sich nicht allein auf Tierversuche, sondern führte auch Experimente am lebenden Menschen aus, wie z.B. solche am Herzen. (KISSKALT, zur Geschichte der medizinisch-wissenschaftlichen Forschung vgl. BEECHER 1959, BERNARD, IVY) Von Galen sind zahlreiche physiologische Experimente bekannt.

Nicht selten wurden hierfür Verbrecher herangezogen wie z.B. im alten Persien, wo der König diese für die Wissenschaft freistellte, und auch die Versuche des Herophilos wurden an Verbrechern vorgenommen.

In der Renaissance trat als erster Koyter (1534-1600) mit Versuchen am Gehirn und Herzen hervor. Diesem folgten eine Fülle wissenschaftlicher Versuche bis hin zu denen Harveys am Blutkreislauf, die ebenfalls teilweise am Menschen durchgeführt wurden. (KISSKALT)

Viele Namen - so Vesalius, Lind und Jenner sind zu erwähnen und oft findet sich in der damaligen Zeit die Bereitschaft des Forschers zum Selbstversuch wie bei Purkinje und Hunter.

C. BERNARD sprach sich in seiner "Einführung in das Studium der experimentellen Medizin" aus dem

Jahre 1885 für das Experiment am Menschen aus.
Über dessen Sinn und Grenzen sagte er folgendes:

"Man hat die Pflicht und infolgedessen auch das Recht, am Menschen Versuche auszuführen, wenn es ihm das Leben rettet, ihn heilen oder ihm einen Nutzen bringen kann. Der Grundsatz der ärztlichen und chirurgischen Moral besteht also darin, nie am Menschen einen Versuch auszuführen, der ihm in irgendeiner Hinsicht nur schaden kann, auch wenn das Ergebnis für die Wissenschaft, d.h. die Gesundheit anderer noch so interessant sein mag."

BERNARD setzte hier eindeutig das Individualrecht vor das der Allgemeinheit, indem er sich gegen Experimente am Einzelnen allein zum Nutzen der Gesellschaft wandte.

3.5.2. Die Entwicklung der medizinisch-wissenschaftlichen Forschung seit der Jahrhundertwende

Ende des 19. und Anfang des 20. Jahrhunderts häuften sich Experimente am Menschen in einer Intensität, daß MOLL von einer ausgesprochenen Forschungsmanie sprach.

In seinem Buch über ärztliche Ethik aus dem Jahre 1902 sammelte er aus der Literatur annähernd 600 verschiedene Fälle, die als rein experimentell zu bewerten waren.

Er äußerte sein Erstaunen, daß "sich einzelne Mediziner, ...über die Gebiete des Rechts und der Sittlichkeit in bedenklichster Weise hinwegsetzen."

Ein spezieller gesetzlicher Rahmen in der medizinisch-wissenschaftlichen Forschung war in Deutschland bis zum Jahre 1900 nicht vorhanden. Auch die Ehrengerichtbarkeit war zu diesem Zeitpunkt erst im Entstehen. (s.o.)

Am 29.12.1900 wurde in Preußen erstmals vom Kultusministerium eine Verfügung erlassen, um den Mißbräuchen Einhalt zu gebieten. (PREUSSISCHES KULTUSMINISTERIUM)

In dieser wurden medizinische Eingriffe zu anderen als Diagnose-, Heil- und Immunisierungszwecken ausgeschlossen, sofern es sich

1. um minderjährige oder nicht voll geschäftstüchtige Personen handelte
2. die betreffende Person nicht in unzweideutiger Weise ihre Zustimmung erklärt hatte
3. wenn nicht eine sachgemäße Belehrung über den geplanten Eingriff stattgefunden hatte

In den 20er Jahren häuften sich die Angriffe gegen die wissenschaftliche Forschung am Menschen, die eine enorme Unterstützung durch die Presse fanden. Diese Angriffe stammten insbesondere aus ärztlichen Kreisen. (PREUSSISCHES JUSTIZMINISTERIUM 1930)

In vielen Zeitungen wurden Versuchsprotokolle von in medizinischen Fachblättern publizierten Artikeln herausgegeben, so auch jener:

"100 Ratten und 20 Kinder!
Arbeiterkinder als Experimentierkarnickel

"Wir unternahmen diese Versuche an einem Material von 100 Ratten und 20 Kindern. Wir haben unsere Versuchskinder unter ungünstigen Diät- und Lichtbedingungen gehalten..."

"Hält man dagegen floride Rachitiker an ungünstigen Plätzen in geschlossenen Räumen, so kann nach unseren Erfahrungen der rachitische Prozeß auch im Sommer monatelang florid bleiben und die geringste Heilungstendenz zeigen ..."

Dr. Vollmer, Oberarzt am Kaiserin-Auguste-Viktoria-Haus (zitiert nach HEBERER)

In den ärztlichen Organisationen und von staatlicher Seite her begann man sich nun intensiver als zuvor mit möglichen Maßnahmen einer Vorbeugung von Mißbräuchen in der medizinischen Forschung zu beschäftigen.

In Verhandlungen der Berliner Ärztekammer und auch von der Presse wurde die Forderung aufgestellt, ärztliche Kontrollorgane zu schaffen, die als "Kommissionen zur Erteilung von Erlaubnis für Versuche am Menschen" tätig sein sollte.¹

In der Sonderberatung des Reichsgesundheitsrates aus dem Jahre 1930 zu dem Thema "Inwieweit ist die Vornahme experimenteller Untersuchungen am Menschen zulässig" wurde der Gesichtspunkt der Kommission ebenfalls in die Diskussion gebracht, jedoch beriefen sich die Teilnehmer auf die moralische Verantwortlichkeit des einzelnen Arztes, die nicht durch eine Kommission zu ersetzen wäre.

1. Lt. mündlicher Auskunft der Berliner Ärztekammer sind die Verhandlungsprotokolle während des Krieges verbrannt. Hinweise über die Verhandlungen vgl. RAUTENBERG, PREUSSISCHES JUSTIZMINISTERIUM 1930

Auch sozialpolitische und praktische Gesichtspunkte wurden gegen eine derartige Institution angeführt. So äußerte Professor v. MÜLLER, der damalige Direktor des Städtischen allgemeinen Krankenhauses der 2. Medizinischen Klinik der Universität München, zu der Frage der Kommission:

"... Ich möchte davor warnen, denn eine solche Beaufsichtigung der leitenden Krankenhausärzte durch Beauftragte der Landesorganisationen des Staates oder der Kommunen würde zu den schwersten Konflikten Veranlassung geben, schon deshalb, weil der Begriff des Versuches und damit überhaupt eines Eingriffes überaus dehnbar ist. Eine solche Maßnahme würde die Schaffensfreude der Krankenhausärzte lähmen und die wissenschaftliche Arbeit in den deutschen Krankenhäusern gegenüber derjenigen anderer Länder in den Hintergrund drängen. Eine derartige Beaufsichtigung wäre auch praktisch undurchführbar. Man sollte keine Gesetze aufstellen, welche nicht befolgt werden können." (PREUSSISCHES JUSTIZMINISTERIUM 1930)

Die Diskussionen führten schließlich zu den im Jahre 1931 durch das Reichsministerium des Innern erlassenen "Richtlinien für die Vornahme wissenschaftlicher Versuche am Menschen." (REICHSMINISTERIUM DES INNERN)

In diesen detaillierten, 14 Punkte umfassenden Richtlinien wurden Voraussetzungen und Durchführung einer neuartigen Heilbehandlung und des rein wissenschaftlichen Versuches formuliert. Die Einrichtung einer Kommission wurde nicht einbezogen und die Verantwortung für eine neuartige Heilbehandlung allein dem leitenden Arzt des Krankenhauses übertragen. Nur durch dessen ausdrückli-

chen Auftrag konnte der jeweilige Versuch vorgenommen werden.

3.5.3. Die Entwicklung der medizinisch-wissenschaftlichen Forschung in der Periode nach dem 2. Weltkrieg

In den Nürnberger Ärzteprozessen wurden die unter der nationalsozialistischen Herrschaft durchgeführten Experimente in den Konzentrationslagern aufgedeckt. Unter dem Eindruck dieser Taten, die wider jede ärztliche Moral ausgeführt worden waren, formulierte das Militärgericht in seinem Urteil zehn Bedingungen, unter denen ein Versuch am Menschen vertretbar wäre.¹

Dieser sog. Nürnberger Codex wurde zwar nie weltweit als Richtlinie für die wissenschaftliche Forschung akzeptiert, jedoch wurde die weitere Entwicklung in der Ethik medizinischer Forschung von ihm beeinflusst.

Die Arbeitsgemeinschaft westdeutscher Ärztekammern nahm am 18.10.1947 in einer EntschlieÙung Stellung zu den unter der Nationalsozialistischen Herrschaft begangenen Verbrechen. Diese EntschlieÙung betonte die volle Selbstverantwortung des Arztes, forderte aber auch eine urteilskräftige Kommission, die ein Forschungsvorhaben zu überprüfen und diesem zuzustimmen hätte:

"... Es ist deshalb zu fordern, daß überall dort, wo die Forschung zu eingreifenden neuen

1. Wortlaut siehe Anhang

Untersuchungsmethoden schreiten will, das private Interesse des Forschers (etwa der Prioritätswunsch) in den Hintergrund tritt, und daß die Forschungsabsicht vor einem urteilskräftigen Rat von Fachleuten, der seinerseits der Öffentlichkeit verantwortlich ist, erläutert wird und deren Zustimmung bedarf, ehe sie im Selbstversuch oder an Versuchspersonen zur Ausführung gelangt." (BUNDESÄRZTEKAMMER/ARBEITSGEMEINSCHAFT WEST-DEUTSCHER ÄRZTEKAMMERN)

Auch A. MITSCHERLICH sprach sich in dem Nachwort zu seinem Buch "Wissenschaft ohne Menschlichkeit" für eine Kommission in der medizinisch - wissenschaftlichen Forschung aus. Er hielt es zur Wiedererlangung des öffentlichen Vertrauens für angezeigt, daß "die Forschung überall dort, wo sie zu eingreifenden Methoden schreiten will - und sei es im Selbstversuch - sich vor einem selbstgewählten Forum von anerkannten Ärzten Rechenschaft über ihr Tun und Vorhaben ablegt."

3.5.4. Die Entwicklung von Ethikkommissionen im Ausland

Dem Nürnberger Codex ähnliche Richtlinien wurden von verschiedenen Ländern und Organisationen ausgearbeitet. In erster Linie sind hier die Vereinigten Staaten, Großbritannien und die World Medical Association zu erwähnen. (BERNSTEIN und REFSHAUGE)

3.5.4.1. Die Entwicklung von Ethikkommissionen in den Vereinigten Staaten von Amerika

Entscheidene Leistungen in der Einrichtung von

Ethikkommissionen sind in den Vereinigten Staaten vollbracht worden.¹

In den Nürnberger Ärzteprozessen waren als Sachverständige der Anklagebehörde die amerikanischen Professoren ALEXANDER und IVY tätig.

Durch ALEXANDER wurden die Nürnberger Richtlinien mit dem Ziel konzipiert, Bedingungen zu definieren, unter denen medizinische Experimente am Menschen ethisch und auch gesetzlich vertretbar wären. Diese dienten mit Beifügungen, die sich aus der Zeugenaussage des Sachverständigen IVY ergaben, als Basis für den Nürnberger Codex, der in dem Urteil des Prozesses enthalten ist.

In der amerikanischen Diskussion um den Nürnberger Codex erweiterte z.B. Wiggers diesen mit einigen Abänderungen. Er brachte auch den Aspekt einer Kommission in der medizinisch-wissenschaftlichen Forschung ein. Auf kollegialer Ebene sollte nach Wiggers die Beurteilung und Befürwortung eines Forschungsprojektes erfolgen. Das Gremium wäre mit unparteiischen, nicht an dem Forschungsprojekt beteiligten Ärzten zu besetzen. (BEECHER LADIMER, 1954)

Gesetzlich geregelt wurde die Zuziehung einer

1. In den Vereinigten Staaten werden verschiedene Bezeichnungen für den Begriff Ethikkommission verwendet: human subjects review committee, clinical research committee, human subjects protection committee, institutional review board.

Kommission erstmals in der Stadt New York im Jahre 1949. Jede vorgeschlagene klinische und auch laborwissenschaftliche Arbeit der Krankenhäuser und Institutionen mußte einer Kommission (Executive Committee of the Medical Board) des jeweiligen Krankenhauses bzw. der jeweiligen Institution vorgezeigt werden. Diese hatte das Forschungsprojekt zu überprüfen und ihm zuzustimmen. (NEW YORK CITY DEPARTMENT OF HOSPITALS, vgl. BEECHER, LADIMER 1954, LADIMER 1967)

Die nationale Regelung in der Forschung am Menschen ging von zwei staatlichen Organisationen, dem Public Health Service (PHS) und der Food and Drug Administration (FDA) aus. (Zur Entwicklung dieser Institutionen betr. Regelung der Forschung vgl. CURRAN 1969, CURRAN 1977, DeFELICE, FRANKEL)

Beide unterscheiden sich grundsätzlich voneinander:

Der Public Health Service ist mit dem in ihm integrierten National Institute of Health als staatliche Forschungsinstitution anzusehen.

Speziell das National Institute of Health, das im Jahre 1953 gegründet wurde, gilt als die bedeutendste Forschungsinstitution der Vereinigten Staaten. Viele Universitäten sind in diesem Institut vertreten.

Die Food and Drug Administration dagegen ist

eine Behörde die dem Schutz des Verbrauchers mittels Kontrolle von Nahrungsmitteln, Arzneimitteln und Kosmetika dient.

Schon seit dem Jahre 1937 existierten beim Public Health Service Kommissionen, die Forschungsanträge überprüften. (CHALKEY) Die Anträge, die mit dem Ziel eines Stipendiums verbunden waren, wurden durch ein diszipliniertes System bearbeitet, d.h. Chirurgen beurteilten chirurgische, Radiologen radiologische Vorhaben. Nachdem ein Antrag diese erste Instanz der sog. Study Section Panels durchlaufen hatte, kam er vor das Advisory Council, das mit Wissenschaftlern und Nichtwissenschaftlern besetzt war. (CURRAN 1963, FRANKEL)

In erster Linie handelte es sich um eine wissenschaftliche Überprüfung. CHALKEY gibt an, daß von den tausenden von Anträgen, die im Laufe der Jahre eingereicht wurden, überhaupt nur 2 % ethische Fragen im Sinne eines nicht zu vertretenden Risikos aufwiesen. Auch existierten keinerlei Richtlinien für die Beurteilung und ein befürwortetes Projekt wurde für die folgenden sieben Jahre der Verantwortung des Forschers überlassen. (FRANKEL, CURRAN 1969)

Im Jahre 1953 wurde das dem National Health Service unterstehende klinische Zentrum in Bethesda gegründet. Vom ersten Jahr seines Bestehens an arbeitete dieses mit speziellen Forschungs-

richtlinien. Danach konnte ein Forschungsprojekt nur dann ausgeführt werden, wenn die Ethikkommission des Institutes dieses befürwortet hatte.¹ Diese Kommission bestand aus Vertretern eines jeden Forschungsinstitutes der Institution und weiteren Mitarbeitern.

Vom National Institute of Health unterstützt wurde im Jahre 1960 durch das damals neuerrichtete Law-Medicine-Research-Institute der Boston University in einer dreijährigen Studie untersucht, wie die Praxis der Forscher und ihrer Institutionen im Hinblick auf Ethik und Recht in den Vereinigten Staaten aussähe. (LADIMER und KENNEDY 1963, vgl. auch DEUTSCH 1978, FRANKEL)

Von den untersuchten 52 medizinischen Institutionen hatten 24 eine Ethikkommission, die sich mit Fragen der allgemeinen Forschungsplanung, der Qualifikation und auch eventueller finanzieller Unterstützung des Forschers und der Sicherheit der Versuchsperson beschäftigte. Jedoch nur an neun der 52 Institutionen existierten Richtlinien, von denen wiederum nur zwei als umfassend bezeichnet wurden. Nur eine einzige

1. In den hierfür erlassenen Richtlinien wird von "Group Consideration of Clinical Research Procedures Deviating from Accepted Medical Practice or Involving Unusual Hazard" gesprochen (vgl. CURRAN 1969, FRANKEL)

Institution hatte Richtlinien für ihre Ethikkommission.

BEECHER veröffentlichte im Jahre 1966 eine Studie über die ethischen Aspekte der klinischen Forschung. In dieser wurden 22 Beispiele für ethisch nicht zu vertretende Experimente gegeben. Diese wurden an angesehenen Forschungsinstitutionen der Vereinigten Staaten durchgeführt, die BEECHER allerdings nicht nannte.

Die erwähnten Untersuchungen ebenso wie eine Anzahl von spektakulären Veröffentlichungen über medizinische Versuche am Menschen (Hepatitisuntersuchungen an der Wollowbrock State School, Humanexperimente mit Krebszellen am Jewish Chronical Hospital) waren Anlaß für eine Neuregelung in der Forschungspraxis. (CHALKEY, DEUTSCH 1978 und 1981, FRANKEL)

So wurde im Jahre 1966 durch den Public Health Service beschlossen, daß vor Beginn jeder Forschungsstudie eine Überprüfung durch eine lokale Ethikkommission hinsichtlich der ethischen Vertretbarkeit vorgenommen werden sollte. (CURRAN 1969 und 1977, RICKELS) Die zentrale, vorwiegend wissenschaftliche Überprüfung durch die Study Section Panels und das Advisory Council blieb erhalten. (vgl. HENLEY)

In der Praxis wurde die Anrufung der lokalen Kommission vor Beginn des Forschungsprojektes

von verschiedenen Institutionen nicht befolgt. Diese sagten zwar die Behandlung durch eine Kommission zu, führten sie jedoch realiter nicht aus. Seit 1969 muß daher ein Forschungsantrag bereits vor Einreichen an das National Institute of Health von einer lokalen Ethikkommission untersucht und für ethisch vertretbar erklärt worden sein. (DEUTSCH 1978, FRANKEL)

Nach RICKELS ergänzen sich die zentrale und die lokale Instanz. Während die zentralen Kommissionen generelle und rechtliche Belange unter Berücksichtigung der Landesgesetze insbesondere durch Experten des jeweiligen Fachgebietes untersuchen, findet die lokale Begutachtung unter genauer Kenntnis der Versuchsbedingungen statt.

In dem Stipendienantrag müssen auch eine Beschreibung der Art der Kommission und der Methode, mit der die Befolgung des Rates der Kommission abgesichert wird, angegeben werden. Jede Forschungsanstalt hat sich als Basis der Beurteilung auf ethische Richtlinien festzulegen. Diese können von ihr selbst aufgestellt oder auch eine Übernahme der Deklaration von Helsinki oder der Richtlinien der American Medical Association sein.

Um eine Vereinheitlichung der Beurteilungskriterien der lokalen Ethikkommissionen zu erreichen, wurde im Jahre 1974 die "Nationale Kommission zum Schutz der Versuchsperson" gegründet. (vgl. DEUTSCH 1976, INGELFINGER, RICKELS) Die elf

Mitglieder dieser Kommission, die vom Gesundheitsminister ernannt werden, stammen auch aus Fachgebieten, die für die ärztliche Ethik besondere Bedeutung haben, so z.B. der Philosophie, Theologie und der Rechtswissenschaft.

Neben der Erarbeitung von Beurteilungskriterien und Richtlinien für die Forschung am Menschen beschäftigt sich dieses Gremium u.a. mit Fragen des sog. informed consent (Einwilligung nach Aufklärung) und speziellen Fragen wie der Forschung an Gefangenen, Kindern und Foeten.

Im Laufe der Zeit dehnten die in erster Linie durch die Regelung des Public Health Service eingerichteten lokalen Ethikkommissionen ihre Gremienarbeit aus. Nicht nur die Stipendienanträge an das National Institute of Health, sondern die Mehrzahl der Forschungsvorhaben wird der Behandlung durch eine Kommission unterworfen.
(CHALKEY)

Im Jahre 1981 wurde auf Empfehlung der "Nationalen Kommission zum Schutz der Versuchsperson" durch den Public Health Service eine Lockerung der Voraussetzungen für die Stipendienvergabe beschlossen. Danach müssen mit einem minimalen Risiko verbundene verhaltens-, sozialwissenschaftliche sowie medizinisch-wissenschaftliche Projekte nur noch einem einzigen Mitglied der jeweiligen Ethikkommission vorgelegt werden. Was unter einem sog. minimalen Risiko zu verstehen sei, wurde gleichfalls in der neuen Regelung definiert.
(vgl. VEATCH, WIGODSKY)

In der Arzneimittelforschung, deren Überwachung Aufgabe der Food and Drug Administration ist, lassen sich die umfassenden Bestimmungen auf die Studie BEECHERS, das Bekanntwerden der Thalidomid-Affäre in Westeuropa und die damit verbundene zunehmende Besorgnis in der Öffentlichkeit zurückführen.

Im Jahre 1962 trat durch den Federal Food, Drug, and Cosmetic Act eine detaillierte Gesetzgebung in der klinischen Arzneimittelprüfung in Kraft. (vgl. CURRAN 1977, DeFELICE, RICKELS, LADIMER 1967) Wichtig zu erwähnen ist, daß durch dieses Gesetz die Wirksamkeit eines Medikamentes und nicht nur dessen Sicherheit vom Forscher unter Beweis zu stellen war.

Vier Voraussetzungen mußten vor einer klinischen Arzneimittelprüfung erfüllt sein:

1. Die entsprechenden vorklinischen Versuche und Tierversuche
2. die Übernahme der vollen Verantwortung durch den Forscher
3. die entsprechenden schriftlichen Aufzeichnungen über die Versuche, um der Food and Drug Administration eine Beurteilung zu ermöglichen
4. als wenig später hinzutretende Kautelen die Einholung des sog. informed consent (Einverständnis nach Aufklärung)

Das Gesetz wurde zum Schutz der Versuchsperson verabschiedet, es bewirkte jedoch auch eine Einschränkung der Freiheit in der Arzneimittel-

forschung, deren ethische Verantwortung zuvor "Sache des Gewissens und der Kompetenz des einzelnen Forschers gewesen war". (RICKELS)

Die Bearbeitung und Befürwortung durch eine Ethikkommission vor jeder klinischen Arzneimittelprüfung wurde erst im Jahre 1971 vorgeschrieben. (BERNSTEIN)

3.5.4.2. Ethikkommissionen in Großbritannien

In Großbritannien wurde im Jahre 1963 durch das Medical Research Council empfohlen, Kommissionen¹ in den einzelnen Institutionen einzurichten, deren Aufgabenbereich die Untersuchung ethischer Aspekte eines geplanten Forschungsprojektes sein sollte. (MEDICAL RESEARCH COUNCIL, vgl. DUNCAN und DUNSTAN) Danach hätte die Kommission aus Ärzten zu bestehen, die über eingehende Fachkenntnisse in der klinischen Forschung des betreffenden Gebietes verfügten.

Verwirklicht wurde dieser Vorschlag erst einige Jahre später. So setzte das Royal College of Physicians im Jahre 1967 eine Untersuchungskommission ein, die die bisherige Entwicklung und neue Möglichkeiten in der Ethik der medizinisch wissenschaftlichen Forschung untersuchen sollte. (ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS 1967) Fazit dieser Untersuchung war die Empfehlung der Einrichtung von Ethikkommissionen, über deren Besetzung

1. In Großbritannien wird für den Begriff Ethikkommission ethical committee verwendet

sich jedoch das Royal College of Physicians näherer Bestimmungen enthielt.

Anfang der 70er Jahre nahmen die ersten Ethikkommissionen in den Forschungsinstitutionen ihre Arbeit auf.

1973 erarbeitete das ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS detaillierte Vorschriften über Funktion und Besetzung der Gremien.

Generell sollte seitdem jedes geplante Projekt einer Ethikkommission vorgelegt werden. Auch bei der Neuerprobung von Arzneimitteln sei trotz einer behördlichen Genehmigung zu den Phasen des klinischen Versuches eine Untersuchung desselben erforderlich.

Das ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS empfahl nicht die Einrichtung einer zentralen Kommission, die in der Beurteilung von schwierigen Fällen angerufen werden könnte. Zunächst sollten die Ethikkommissionen als kleine Gruppe, besetzt mit erfahrenen Klinikern mit Kenntnissen in der medizinisch-wissenschaftlichen Forschung und einem Laienmitglied wirken.

Im Jahre 1976 schlug die BRITISH MEDICAL ASSOCIATION vor, in die Gremien einen General Practitioner¹ einzubeziehen. Dies erklärt sich aus

1. Der General Practitioner entspricht etwa dem deutschen Allgemeinmediziner

dem Gesundheitssystem von Großbritannien, wo eine Reihe von Arzneimittelprüfungen in der Allgemeinpraxis durchgeführt werden. In den Krankenhäusern besteht zwar nicht die Pflicht; aber doch ein aus einem allgemeinen Brauch entstandener "moralischer Zwang", ein Forschungsvorhaben vor die Ethikkommission zu bringen, deren Entscheidung allerdings nicht bindend ist.

Die Kommissionen bestehen in der Regel aus fünf Klinikärzten, einem Assistenzarzt, einem General Practitioner und einem Laienmitglied.¹ (BRITISH MEDICAL ASSOCIATION)

3.5.5. Ethikkommissionen in der Bundesrepublik Deutschland

Die Konstituierung von Ethikkommissionen in der Bundesrepublik Deutschland ist in erster Linie auf die Deklaration von Tokio des Weltärztebundes aus dem Jahre 1975 zurückzuführen.

Die Deutsche Forschungsgemeinschaft und der Westdeutsche Medizinische Fakultätentag schlossen sich der Empfehlung des Weltärztebundes an, derartige Gremien einzurichten.

Bereits vor 1975 überprüfte die Deutsche For-

1. In einer kritischen Auseinandersetzung aufgrund einer Umfrage an Ethikkommissionen in Schottland werden Zahlen von einem bis zu 73(!) Mitgliedern angegeben (vgl. THOMPSON et al.)

schungsgemeinschaft ethische Belange in ihrer Stipendienvergabe, fühlte sich aber durch die Deklaration von Tokio verpflichtet, Ethikkommissionen ins Leben zu rufen. (FISCHER F.W., 1980, BREUER und FISCHER F.W., 1981)

So besteht am Sonderforschungsbereich für Kardiologie der Deutschen Forschungsgemeinschaft in Hannover seit dem Jahre 1976 eine aus Ärzten und einem Juristen gebildete Kommission, ärztlicherseits sind hier drei Kardiologen, ein Thoraxchirurg, ein Pharmakologe und ein Rechtsmediziner tätig.

In sämtlichen Sonderforschungsbereichen ließ die Deutsche Forschungsgemeinschaft Ethikkommissionen einrichten, von ihr ging aber auch die Aufforderung zu deren Konstituierung an den medizinischen Fakultäten und den Ärztekammern aus. (FISCHER, F.W.)

Am 12.1.1979 wurden durch die BUNDESÄRZTEKAMMER Richtlinien verabschiedet, die Organisation und Funktion der Ethikkommissionen regeln sollten. Die Kommissionen seien danach bei den einzelnen Landesärztekammern einzurichten und in ihrer Arbeit als unabhängige Gremien anzusehen. Sie sollen je zwei klinische, einen theoretischen Forscher, einen Vertreter der Landesärztekammer und einen Juristen vereinen. Die Kommission habe unter dem Vorsitz eines Arztes zu arbeiten.

Die einzelnen Mitglieder seien vom Vorstand der jeweiligen Ärztekammer auf Vorschlag von wissenschaftlichen Fachgesellschaften und der medizinischen Fachbereiche bzw. Fakultäten jeweils auf vier Jahre zu berufen. Ein Sachverständiger könne zu bestimmten Problemstellungen gehört werden.

Die Kommission werde auf schriftlichen Antrag hin tätig, das Verhandlungsergebnis gleichfalls auf schriftlichem Wege mitgeteilt. Bei bestehenden Zweifeln könne dem Antragsteller Gelegenheit zur Erläuterung seines Vorhabens vor dem Gremium gegeben werden.

Auch die Bundesärztekammer sieht als Basis einer Beurteilung die revidierte Deklaration von Helsinki im Rahmen des allgemein geltenden Rechts an. Die Entscheidung der Kommission werde mit einfacher Mehrheit getroffen und die Arbeit der Kommission sei vertraulich.

In der deutschen Arzneimittelgesetzgebung ist es bisher nicht zu einer Regelung hinsichtlich der Zuziehung von Ethikkommissionen gekommen. Die ethischen Aspekte der klinischen Phasen in der Arzneimittelprüfung werden durch das Arzneimittelgesetz (BGBl I S. 2445) vom 24.8.1976 berührt. (vgl. RIEGER, RATHSCHECK, SCHIMIMIKOWSKI)

§ 40 Abs. 1 bestimmt zur ärztlichen Verantwort-

lichkeit bei der durchgeführten Arzneimittelprüfung zu rein wissenschaftlichen Zwecken ("Versuch mit dem Menschen"), daß "die Risiker, die mit ihr für die Person verbunden sind, bei der sie durchgeführt werden soll, gemessen an der voraussichtlichen Bedeutung des Arzneimittels für die Heilkunde, ärztlich vertretbar sind."

Weiterhin werden Regelungen in der klinischen Prüfung bei Minderjährigen und Geschäftsunfähigen, insbesondere über das in diesen Fällen einzuholende Einverständnis nach Aufklärung, formuliert.

An fast allen deutschen Universitäten sind nunmehr Ethikkommissionen gebildet worden. An den Universitäten Münster und Homburg (Saar) kommt diesen gleichzeitig die Funktion einer Ethikkommission der Landesärztekammer zu.

Insgesamt läßt sich aufzeigen, daß sich die Einrichtung der Gremien zögernd vollzog.

Der MEDIZINISCHE FAKULTÄTENTAG 1981 wies nochmals auf deren Bedeutung hin und strebt eine Vereinheitlichung der Beurteilungskriterien und Verfahrensregelungen dieser Kommissionen an den medizinischen Fakultäten und Fachbereichen an. Von dem Symposium über Ethikkommissionen der Westfälischen Wilhelms-Universität zu Münster am 15.11.1982 ausgehend wurden den einzelnen Ethikkommissionen der Fakultäten Richtlinien

über deren Funktion und Besetzung zur Diskussion gestellt. Weiterhin ist die Einrichtung einer zentralen Ethikkommission geplant.

Ein allgemeiner Brauch in der Anrufung von Ethikkommissionen hat sich bislang noch nicht durchgesetzt. Nur die Deutsche Forschungsgemeinschaft und das Bundesministerium für Forschung und Technologie setzen dieses in ihrer Stipendienvergabe voraus.

Der offizielle Zwang einer Anrufung liegt nicht im Interesse der Ethikkommissionen. Bisher greift jedoch der individuelle Zwang, der durch die Mittelvergabe, über den Zugang zur Veröffentlichung bei Kongressen und in der Fachpresse sowie über die "öffentliche Meinung" der Fachkollegen und der ganzen Öffentlichkeit ausgeübt werden sollte, nicht.

3.5.6. Vergleichende Betrachtung der Ethikkommissionen

Ethikkommissionen sind in erster Linie als ein Organ der Selbstkontrolle in der Ärzteschaft zu verstehen. Sie wurden als Reaktion auf die verschiedentlich aufgetretenen Mißbräuche bei ärztlichen Experimenten eingerichtet. Ziel dieser Kommissionen ist somit von vornherein eine Behandlung ärztlich-ethischer Fragestellungen ex-ante, d.h. eine Prävention hinsichtlich ethisch zweifelhafter und nicht zu befürwortender Versuche.

Die obligatorische Zuziehung hat sich bisher

nur in den Vereinigten Staaten im Rahmen der klinischen Arzneimittelprüfung, im klinischen Zentrum des National Institute of Health in Bethesda und in der Bundesrepublik Deutschland in den Sonderforschungsbereichen der Deutschen Forschungsgemeinschaft durchgesetzt.

Vielfach handelt es sich aber um den indirekten Zwang einer Anrufung. Dieser tritt in drei verschiedenen Formen auf. Als erste Form im Rahmen der Vergabe der Mittel für ein Forschungsprojekt, bei dem die finanzielle und materielle Unterstützung von dem Votum der Kommission abhängig gemacht wird. Als Beispiel können hier die Stipendienvergaben des National Institute of Health in den Vereinigten Staaten und die der Deutschen Forschungsgemeinschaft und des Bundesministerium für Forschung und Technologie genannt werden.

Die zweite Form ist mehr moralischer Art: Wird das Gremium nicht angerufen, so kann diese Tatsache bei den Mitarbeitern zur Ablehnung der Arbeit aus Gewissensgründen führen. So ist es in den Vereinigten Staaten und in Großbritannien allgemeiner Brauch, sämtliche Forschungsprojekte einer Ethikkommission vorzulegen.

Als dritte Form ist diejenige einer indirekten Einflußnahme in Bezug auf die Öffentlichkeit zu nennen. Von vielen Fachzeitschriften und Kongressen wird die Untersuchung durch eine Ethikkommission vorausgesetzt.

Organisation

Die Organisation wird in den einzelnen Ländern unterschiedlich gehandhabt. Teilweise sind die Kommissionen nur an den einzelnen Krankenhäusern, Universitäten und Forschungsanstalten vorhanden, häufig findet sich aber auch eine Ergänzung durch regional errichtete Kommissionen. Letztere existieren in Deutschland bei den regionalen Ärztekammern, in anderen Ländern wie z.B. Dänemark bei der entsprechenden Organisation. (RIIS (Leiter der zentralen Ethikkommission von Dänemark) 25.11.1980, zur Organisation der Kommissionen in den skandinavischen Ländern vgl. RIIS 1977, RIIS et al. 1980)

In den Vereinigten Staaten ist die institutionale Organisation realisiert. (Zur Organisation der Gremien in den Vereinigten Staaten, vgl. CURRAN 1969, DEUTSCH 1969, HOROWITZ 1976, GRAY, MAY) Universitäten und größere Forschungsinstitute haben meist mehr als ein Gremium, wie z.B. an den Universitäten eines für die Grundlagenwissenschaften und eines für die Medical School. Auch arbeiten Kommissionen unter einer zentralen, die als Berufungs- und Koordinationsinstanz dient.

Wiederum an anderen Institutionen gibt es ein großes Gremium, von dem sich kleinere, meist aus drei Mitgliedern bestehende, abzweigen. Sie werden auf einer ad-hoc-Basis konstituiert.

um spezielle Forschungsvorhaben zu untersuchen. Eine weitere Form des Unterausschusses besteht an der Staatsuniversität von Washington in Seattle, an der dieser mit geringem Risiko behaftete Forschungsvorhaben bearbeitet.

Die SCHWEIZERISCHE AKADEMIE DER MEDIZINISCHEN WISSENSCHAFTEN empfahl schon im Jahre 1970 die Einrichtung von Ethikkommissionen (Konsultativgremien) in den von ihr herausgegebenen "Richtlinien für Forschungsunternehmungen am Menschen." Hier existieren heute Gremien an den Universitäten und den einzelnen Kliniken der Fakultäten. Diese formierten sich insbesondere in der Psychiatrie, der Inneren Medizin und der Pädiatrie. Auch in den großen Kantonsspitalern und regionalen Krankenhäusern wurden sie eingerichtet. (Vgl. GSELL, STALDER).

Seit dem Jahre 1979 besteht in der Schweiz eine landeszentrale Kommission. Sie dient jenen Spitalern, die keine eigene Kommission haben, ihr kommt aber ebenso die Öffentlichkeitsarbeit, die Funktion als Berufungsinstanz und die eines Gremiums zu, das allgemein die Aufstellung von ethischen Richtlinien verfolgt. (vgl. MACH und GSELL)

Auch in Dänemark steht neben den 1980 gegründeten regionalen Gremien ein zentrales zur Verfügung, dessen Aufgabe neben der Begutachtung die Zusammenarbeit und Information mit Regierungsbehörden

und der Öffentlichkeit ist. (RIIS 25.11.1980)

In der Bundesrepublik Deutschland existiert derzeit keine zentrale Kommission, die einzelnen Kommissionen konstituieren sich auf der Ebene der Landesärztekammern, der Universitäten und Forschungsanstalten.

Besetzung

Nach DEUTSCH (1981) lassen sich drei verschiedene Typen der Besetzung unterscheiden:

1. Die Kollegen- bzw. Vorstandskommission (im Sinne eines Peer-Review-Systems der Vereinigten Staaten)
2. Die Paritätische Kommission
3. Die übergreifende Kommission (community review)

In der ersten Form sind ausschließlich ärztliche Mitglieder in dem Gremium vertreten. Sie wurde im Laufe der Jahre weitgehend aufgegeben, so daß man jetzt in der Regel die paritätischen und auch die übergreifenden Kommissionen findet.

Paritätische Gremien sind mit verschiedenen Mitarbeitern einer Institution besetzt. Hier werden nicht nur Ärzte sondern auch das Pflegepersonal einbezogen.

Die übergreifende Kommission ist derzeit am häufigsten verwirklicht. Sie konstituiert sich auch aus klinikexternen Ärzten, weiterhin werden

auch nichtmedizinische Mitglieder berücksichtigt.

Dies läßt die Frage aufkommen, weshalb sich gerade die übergreifende Struktur weitgehend etabliert hat. Nach BERNSTEIN enthält jedes Experiment moralische, ethische, religiöse und legale Überlegungen. Mit dem enormen Fortschritt der Wissenschaft verdienen gerade diese Aspekte besonderer Überlegungen. Die Problemstellungen lassen sich nicht immer durch ein ausschließlich ärztliches Gremium sachkundig bearbeiten. Diese können nur in einer gemeinsamen Erörterung mit Personen anderer Orientierung und auch Überzeugung verständlich gemacht werden.

Der legale Aspekt eines Experimentes kann durch einen Rechtskundigen in dem Gremium vertreten werden.

Seine Arbeit besteht in der Erläuterung von Methoden und Prozeduren aus rechtlicher Sicht, indem er auch Hinweise auf jeweils geltende Gesetze gibt. Ihm kommt im Laufe der Jahre die besonders wichtig erscheinende Entwicklung genereller Richtlinien aus den Einzelfallentscheidungen zu.

In vielen Kommissionen finden sich Theologen als Mitglieder. In den Vereinigten Staaten ist die kirchliche Seite - bedingt durch die vielen verschiedenen religiösen Richtungen - in den

einzelnen Gremien stark repräsentiert. LESSING sieht in seinem Beitrag Hinweise auf eine Vereinbarung ethischer Prinzipien und ethischer Praxis, d.h. der Rationalität der Moral mit der Rationalität der Forschung.

In der Bundesrepublik Deutschland hat sich wie in den Vereinigten Staaten die Mitarbeit eines Philosophen vielfach durchgesetzt. Seine Bedeutung liegt in erster Linie in der Analyse von moralischen Beurteilungen, welche ihm durch seine spezielle Ausbildung ermöglicht wird. (zur Rolle des Philosophen in der Ethikkommission vgl. auch FREEDMAN)

Auch wird durch ihn nach GOERDT die Relativität des Rechts verdeutlicht.

Durch die Mitarbeit dieser und auch anderer medizinischer Laien wächst das Bewußtsein einer individuellen Verantwortung in der Forschung gegenüber der Gesellschaft. Von Seiten der Gesellschaft wird damit eine Vertrauensstabilisierung durch größere "Durchsichtigkeit" der medizinisch-wissenschaftlichen Forschung erreicht. Nicht nur vor einer kleinen Gruppe von Forschern, sondern auch vor Vertretern der Allgemeinheit muß der Forscher seine Experimente rechtfertigen.

Aufgabe und Funktion

In einigen Krankenhäusern werden verschiedene Kommissionen für die wissenschaftliche und ethische Überprüfung unterhalten. Angesichts dieser Zwei-

teilung ist nach der eigentlichen Aufgabe und Funktion einer Ethikkommission zu fragen.

MAY spricht hinsichtlich der Trennung in eine wissenschaftliche und ethische Beurteilung von einer falschen Dichotomie. Auch von anderen wird betont, wie eng Ethik und Wissenschaft miteinander verbunden seien. Ein schlechtes Experiment sei von vornherein unethisch, da das für die Versuchsperson eingegangene Risiko durch das zu erwartende Ergebnis nicht gerechtfertigt sei. (BERNSTEIN) Selbst wenn retrospektiv hervorragende wissenschaftliche Ergebnisse eingetreten seien, werde der Versuch auch dadurch nicht ex-post moralisch gerechtfertigt. (INGELFINGER 1973) Nach BEECHER (1966) ist ein Versuch von vornherein ethisch oder nicht und er wird es nicht post hoc.

Somit sollte die erste Frage einer Ethikkommission die nach einer guten Wissenschaft sein.
(MAY)

LADIMER faßte bereits 1954 die Aufgabenstellung einer Kommission folgendermaßen zusammen:

1. Feststellung der Richtigkeit oder Notwendigkeit des spezifischen Forschungsprojektes für die Verbesserung der Gesundheit im Vergleich zum eingegangenen Risiko
2. Sicherung der wissenschaftlichen Basis der Forschung, indem aufgezeigt wird, daß die zu erwartenden Ergebnisse mit hoher Wahrscheinlichkeit eintreten werden und auf keinem

anderen Wege erreicht werden können. Dieser Punkt beinhalte auch die Frage nach dem Selbstversuch des Forschers

3. Feststellung, daß wissenschaftlich gebilligte Methoden angewendet werden und alle bekannten Maßnahmen zum Schutz der Versuchsperson, inbegriffen das Abbrechen des Versuches bei medizinischer Indikation, gewährleistet sind
4. Sicherung, daß die Teilnahme der Versuchsperson bzw. des Patienten vor und während des Versuchs vollständig freiwillig erfolgt
5. Sicherung, daß diese Teilnahme auf Einverständnis nach voller Aufklärung beruht.

Das oberste Gebot der Kommission ist der Schutz der Versuchsperson, der durch sowohl wissenschaftliche als auch ethische Überlegungen zu jedem Experiment gewährleistet sein soll. RICKELS sieht die Bedeutung der Kommission nicht nur in dem Schutz der Versuchspersonen und der Überprüfung einer adäquaten Einholung des "informed consent", sondern auch in einer Verbesserung in der Forschung an sich.

Wenig berücksichtigt; aber ebenso wichtig erscheint eine laufende Überprüfung von Versuchsubjekten.¹ (vgl. hierzu: GRAY) Diese vermeidet

-
1. Als Beispiel für eine laufende Überprüfung sei das Veterans Administration System in den Vereinigten Staaten angeführt (vgl. KATHE)

eine unerwartete Änderung des Forschungsplanes, die Beeinflussung in der Einholung des Einverständnisses nach Aufklärung und den Mißbrauch von Versuchspersonen durch eine nicht adäquate Behandlung bei eventuell auftretenden Zwischenfällen.
(MAY)

Beurteilungsmaßstäbe

Eine detaillierte Codifizierung ethisch verantwortbaren Handelns kann nicht vorgeschrieben werden. Auf diese Problematik wurde bereits in dem Kapitel über die ärztliche Ehrengerichtbarkeit hingewiesen.

Die Beurteilungsmaßstäbe sollten sich in erster Linie aus der ethischen Haltung des Forschers und der Mitarbeiter des Gremiums ergeben. Die Maßstäbe in der speziellen Thematik der Forschung können dann im Laufe der Jahre auch allgemeiner formuliert werden.

Als eine formulierte Basis dienen aber ethische Richtlinien, wie sie in den allgeminen ethischen Codices enthalten sind wie z.B. im Hippokratischen Eid und im Genfer Gelöbnis. Darauf bauen sog. Forschungscodices auf, die deren besondere Problematik berücksichtigen. (zur Entwicklung von Forschungsrichtlinien vgl. LADIMER 1954, REFSHAUGE)

Sie dienen in den einzelnen Kommissionen als eine Richtlinie der Beurteilung. Vielfach handelt es sich dabei um die Deklaration von Tokio;

aber auch selbst entwickelte oder von den verschiedenen Organisationen der Länder erarbeiteten Codices kommen zur Geltung. In die ethischen Maßstäbe fließen ebenso rechtliche ein. Die Ethikkommissionen arbeiten zwar im Rahmen der Eigenverantwortlichkeit der Ärzteschaft, sie unterliegen jedoch immer den jeweiligen straf- und zivilrechtlichen Gesetzen des Landes. (vgl. WEISSAUER 1978)

4. Diskussion

Werden ärztlich-ethische Probleme unter der Perspektive einer nicht allein individuellen Abhandlung erörtert, so lassen sich wie in der vorliegenden Arbeit beschrieben drei unterschiedliche Formen erkennen.

Neben den hier besonders herausgestellten Kommissionen sind im historischen Ablauf der Bemühungen um eine Bewahrung ärztlicher Ethik Konsilien und Sachverständigenbeiräte gebildet worden.

Als Gründe für das Zuziehen anderer Personen in einen ärztlichen Entscheidungsprozeß sind folgende Überlegungen anzuführen:

1. Geht man von der moralischen Verantwortlichkeit aus, so wird diese nicht bei jedem einzelnen in der gleichen Weise ausgeprägt sein; denn eine Einheitlichkeit und Allgemeingültigkeit

eines ärztlichen Standpunktes ist weder vorhanden noch je zu erwarten. Wie schon WEIZSÄCKER ausführte, ist eine Unterteilung ärztlich-ethischen Handelns in zulässig und unzulässig nicht möglich. Mit einer derartigen Feststellung wird einzig und allein die eigene Entscheidung vereinfacht. Vielmehr geht es in der individuellen Entscheidung um die Frage des Ermessensspielraumes im konkreten Einzelfall.

Diesen besser einzuschätzen, kann der Einzelne weitere Personen zu bestimmten Fragestellungen zuziehen. Diese Möglichkeit fand sich zunächst in Form des Konsiliums, welches dem Arzt im Sinne einer B e r a t u n g beistand.

Bereits HIPPOKRATES sprach sich für das Konsilium aus und behauptete, daß dieses nur von schlechten Ärzten gemieden werde. Über den Sinn des Konsiliums führte er aus:

"... es habe nichts Ungehörigeres an sich, wenn ein Arzt, der sich im Augenblick bezüglich eines Patienten in Verlegenheit befindet und infolge seiner nicht genügenden Erfahrung nicht klar sieht, auch andere Ärzte zur Konsultation hinzuzieht, damit man aufgrund einer gemeinsamen Besprechung den Zustand des Kranken klarlege und jenem Kollegen mithilfe, um ein Mittel zur Heilung zu finden." (zit. nach FISCHER, I.)

Das Konsilium hat bislang in keinem Gesetzestext Eingang gefunden. Ein Konsilium in Anspruch zu nehmen wurde aber stets von ärztlicher Seite

angeraten. Als Beispiele seien auf dem Gebiet des Schwangerschaftsabbruchs die EntschlieÙung der Ärztekammer von Ober- und Niederschlesien aus dem Jahre 1926 und die Resolution der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie aus dem Jahre 1976 angeführt.

Auf dem Gebiet der Euthanasie - hier als Sterbehilfe ohne Lebensverkürzung - ist das Konsilium ein täglich geübter Brauch. Hier reflektiert der Arzt über seine Entscheidung schon allein durch das Gespräch mit seinen Kollegen.

Zur Frage der Euthanasie betont NIETHAMMER, daß "Therapieabbruch ja eigentlich nichts weiter heißt, als die Sinnlosigkeit des weiteren medizinischen Vorgehens zu erkennen, und daß dies ohne Zweifel oft viel mühsamer ist als ein Vorgehen, bei dem erst der Tod des Patienten das Ende der Therapie bedeutet."

Es könnte aber auch in der Anrufung eines Konsiliums oder einer Kommission der Versuch gesehen werden, sich damit eine Pseudolegitimität für risikoreiches oder auch nicht zu rechtfertigendes Handeln zu verschaffen, um die Eigenverantwortlichkeit zu mindern.

So kann der Arzt sein Handeln sich selbst gegenüber damit legitimieren, daß er die Beratung im Sinne einer Entscheidungsabnahme versteht und sich durch das positive Votum anderer moralisch "abgesichert" fühlt.

Diese vielleicht nur unbewußte Selbstrechtfertigungsidee leitet über zu dem Gedanken, ob nicht in dem Tätigwerden von Konsilien, Sachverständigen und Kommissionen eine "Alibifunktion" zu erkennen ist.

Damit will der Arzt sich den Deckmantel einer Objektivität geben, um später sein Verhalten anderen gegenüber rechtfertigen zu können.

Als Beispiel sei hier das Buch von CATEL "Grenz-situationen des Lebens" aus dem Jahre 1962 angegeben. Dieser Autor, der als "Gutachter" bei den Kindertötungsaktionen des Nationalsozialismus wirkte, führt Stellungnahmen von Personen und Institutionen an, die für Euthanasie als gezielte Lebensverkürzung oder, wie CATEL selbst, zur Vernichtung lebensunwerten Lebens - das Einsetzen von Kommissionen forderten.

Mit der gesetzlich geschaffenen Möglichkeit, persönliche Verantwortung auf eine Kommission zu delegieren, gibt der Arzt einen für seine Tätigkeit und besonders für das Vertrauen seiner Patienten grundlegenden Ermessensspielraum auf. Damit kann sein Handeln im Widerspruch zu seit Jahrtausenden bestehenden ärztlichen Normen geraten, dann nämlich, wenn staatliche Ideologie diesen Normen entgegensteht.

Als beispielhaft im Sinne eines Mißbrauchs ärztlichen Handelns lassen sich hierzu die Äußerungen

eines Mediziners anführen, der sich als Ausführungsorgan des Gesetzes empfunden hat. Der Angeklagte Dr. Mennecke antwortete vor dem Nürnberger Militärgericht auf eine Frage nach seiner Tätigkeit als Gutachter in den "Euthanasiekommissionen":

"Ich hatte ja nicht die Aufgabe, das Leben der Geisteskranken abzukürzen, sondern ich hatte die Aufgabe als Gutachter zu wirken."
(NÜRNBERGER ÄRZTEPROZESSE Prot. S. 1919)

Dieser Arzt sah sein Handeln als eine ihm vom Staat zugeteilte Aufgabe an.

Nach diesen Ausführungen zu einer Kommissionsarbeit, die vom Standpunkt des einzelnen Arztes ausgeht, sollen nunmehr verschiedene "Modelle von Kommissionen" beschrieben und anhand von Beispielen erklärt werden.

1. Es sind Kommissionen anzuführen, die in ihrer Arbeit verurteilenden Charakter haben und der Bestrafung ärztlichen Handelns ex post dienen. Sie erschienen einmal in den Collegia medica und existieren seit 1899 in den ärztlichen Ehrengerichten, später Berufsgerichten.

Würde man die gesamte medizinische Gerichtsbarkeit derartigen Kollegien übertragen, so bestünden zwei verschiedene Möglichkeiten.

Ginge man davon aus, daß ausschließlich Ärzte in der Kommission mitwirken und die Kommissionen von ihnen ins Leben gerufen würden, so wäre die Gefahr, als Exekutive des Staates zu wirken, nicht

gegeben. Es fehlte jedoch eine mit Recht von der Öffentlichkeit geforderte "Transparenz" ärztlichen Handelns.

Wird die ärztliche Gerichtsbarkeit unter dem Vorsitz eines Juristen durch ein staatliches Gesetz eingeführt, wie dies z.B. bei den Preußischen Medizinalkollegien der Fall war, ist immer zu befürchten, daß hier staatliche Einflüsse zu großes Gewicht erlangen.

Eine in einer anderen Form auftretende Gefahr der staatlichen Beeinflussung wurde von den Vorsitzenden der ärztlichen Ehrengerichte bei deren Gründung im Jahre 1899 erkannt und abgelehnt. Wie oben erwähnt sollte eine Mitteilungspflicht an die Staatsanwaltschaft im Falle einer Bestrafung eingeführt werden.

In der Ehrengerichtsbarkeit als weiterem Modell einer "verurteilenden Kommission" dient die Mitarbeit des Juristen der Hilfestellung im Verfahrensgang. Die Be- und Verurteilung durch die Kommission geht dabei vom ärztlichen Standesrecht aus. Zu bemerken ist, daß neben der Ehrengerichtsbarkeit bei ärztlichem Fehlverhalten auch die Verfolgung durch ein ordentliches Gericht möglich ist, es in derartigen Fällen also zu einem Parallel-Verfahren kommen kann.

2. Es sind die Kommissionen hervorzuheben, die als ausführendes Organ des Staates wirken, und deren Arbeit sich auf die Einordnung ärztlicher

Entscheidungen in die beiden Kategorien legal bzw. illegal beschränkt.

Sowohl bei den in der Nachkriegszeit erlassenen Gesetzen zur Euthanasie und zum Schwangerschaftsabbruch als auch bei den extremen Maßnahmen unter dem Nationalsozialismus wird keineswegs eine Parallelität von Ethik und Recht, sondern vielmehr die Dehissenz beider Bereiche deutlich.

Das oberste Prinzip ärztlichen Handelns, nämlich der Schutz des Lebens, wurde in den letzten Jahren durch die Gesetzgebungen zum Schwangerschaftsabbruch und in einzelnen US-Staaten auch zur Euthanasie erschüttert. Die "Arbeitsergebnisse" der entsprechend konstituierten Kommissionen sind rechtlich nicht mehr zu beanstanden, d.h. legal; ärztlich-ethisch dürften sie aber nicht zu vertreten sein. Hier wird in der Kommissionsarbeit bzw. im Konsilium rechtlich mehr zugelassen als ethisch vertretbar ist.

Das Modell der sog. exekutiven Kommission führte in exzessiver Form bereits unter dem Nationalsozialismus zu dem Ergebnis, daß z.B. in der Rechtsprechung der Erbgesundheitsgerichte im Hinblick auf die sog. Wertigkeit eines Lebens rein rassistische Ideologie verwirklicht wurde.

3. Dieser Gedankengang leitet über zu einer als "Perversion der Kommissionsidee" zu bezeichnenden Feststellung: Ärzte in den Euthanasiekommissionen des Dritten Reichs fühlten sich fern jeder Ethik vereint in der Realisierung einer staatlichen Ideologie.

4. Die neuen Kommissionen, die von der Ärzteschaft ins Leben gerufen wurden und rein beratenden Charakter haben, werden der vom Arzt geforderten besonderen moralischen Verantwortlichkeit in vornehmer Weise gerecht. Die Mitglieder der Kommission werden dabei - wie in der Praxis des Konsiliums - ärztlich-ethische Grundprinzipien und Richtlinien als Leitgedanken ihrer Arbeit voranstellen und diese gegebenenfalls durch spezifische Richtlinien ergänzen.

Bisher ist dieser Gedanke nur in den sog. Ethikkommissionen realisiert worden. Die medizinischen und nichtmedizinischen Mitglieder in diesen Gremien haben keine Entscheidungsbefugnisse wie bei den in den Vereinigten Staaten existenten Hämodialyse-Kommissionen, sie sollen dagegen eine Denk- und Entscheidungshilfe durch ethische Diskussion der Probleme geben.

Die Funktion des Juristen als reiner Rechtsberater vermindert zumindest viele der Gefahren, die in früheren Kommissionen bestanden.

Die Bedeutung des Juristen in Kommissionen

In fast allen in dieser Arbeit angeführten Kommissionen war ein Jurist als - oft einziges - nichtmedizinisches Mitglied vertreten. Seine Aufgabe in der Kommission lag darin, Gesetze und Bestimmungen zu interpretieren, Fälle zu

beurteilen und gegebenenfalls Fehlverhalten zu verurteilen.

Läßt man die interpretative und beratende Funktion, als Novum realisiert in den in jüngster Zeit gebildeten Ethikkommissionen, außer Betracht, so wird der delegierte Jurist als ausführendes Organ des Gesetzes auftreten, wozu er durch seinen Beruf verpflichtet ist.

Eine derartige Tätigkeit aber birgt, wie schon oben angeführt, die Gefahr in sich, die Kommission als Instrument zur Durchsetzung staatlichen Willens zu benutzen.

In den Kommissionen des Nationalsozialismus begaben sich eine große Anzahl der Ärzte auf die gleiche Ebene wie die Vertreter der damaligen staatlichen Ordnung, indem sie ihre politischen Überzeugungen den Grundprinzipien ethischen Handelns voranstellten. Auch die dieser Entwicklung vorangehenden Gesetzesvorschläge auf dem Gebiet der Euthanasie und Sterilisation beinhalteten als beherrschende Idee die Verwirklichung einer "zeitgemäßen" Ideologie.

Die durch staatliche Gesetze konstituierten Kommissionen wie Collegia medica und Erbgesundheitsgerichte, Sterilisationskommissionen in den Vereinigten Staaten hatten generell einen juristischen Vorsitz. Der ver- und auch aburteilende Charakter dieser Gremien wird durch die

Konstellation bereits deutlich.

Die Ehrengerichtbarkeit bedarf einer gesonderten Erwähnung. Die entsprechenden Gerichte arbeiten zwar auch unter einem juristischen Vorsitz, jedoch stützt sich das Urteil nur auf das Ständesrecht.

Das öffentliche Interesse

Neuerdings werden neben Juristen auch andere nichtmedizinische Personen - sog. Laienmitglieder - in die Kommissionsarbeit einbezogen. Dieses ist bedingt durch ein von vielen Seiten vorgetragenes Mißtrauen in ärztliches Handeln. Die eigentlichen ärztlichen Verpflichtungen dem Patienten gegenüber werden gelegentlich durch eine stark akzentuierte Tendenz des Vorranges der medizinisch-wissenschaftlichen Forschung zurückgestellt.

In der Mitarbeit von Laienmitgliedern sollen die Vertrauenswürdigkeit und die Durchsichtigkeit ärztlichen Handelns wiederhergestellt werden.

Zur Beratung von allgemein ärztlich - ethischen Fragestellungen ist eine derartige Erweiterung der Kommissionen begrüßenswert. Jedoch ist zu bedenken, daß aus dieser Tätigkeit eine Sonderform der "Rechtsprechung" mit einer **V e r u r t e i l u n g** im konkreten Einzelfall entstehen kann.

In diesem Zusammenhang müssen z.B. gegenüber den in den Vereinigten Staaten bestehenden Hämodialyse-Kommissionen größte Bedenken vorgetragen werden, die die "soziale Wertigkeit" eines Menschen in ihr Urteil über das "Recht auf Leben" einbeziehen. Entsprechend den Forderungen der Vernichtung lebensunwerten Lebens und der Sterilisation geistig Behinderter vor und während der nationalsozialistischen Ära wird hier ein inhumaner Wertungsgedanke in die Medizin eingebracht. Ein derartiger Vergleich soll eine Warnung vor dem Mißbrauch einer an sich guten Absicht sein; denn - so führte ESER (1982) auf einem Symposium über Ethikkommissionen aus - selbst die besten Intentionen können zu den schlimmsten Exzessen führen.

Gegenüber der Öffentlichkeit treten die Hämodialyse-Kommissionen als anonym arbeitende Gremien auf, was THIELICKE auch darauf zurückführt, daß keiner unter seinem eigenen Namen die Verantwortung für die Entscheidungen übernehmen will.

In seinen Ansichten über die sog. Wahrung des öffentlichen Interesses im Bereich des ärztlichen Handelns vertritt KAATZ (DDR) zum Schwangerschaftsabbruch die Auffassung, daß hier ein Übertragen der Verantwortung im Rahmen der ärztlichen Bewahrungspflicht von den Schultern des einzelnen Arztes auf die Gesellschaft erfolge.

Diese Äußerung kann dahingehend interpretiert

werden, daß die Indikation zu einem ärztlichen Eingriff aus der individuellen Verantwortung herausgenommen und auf ein - anonymes - Kollektiv übertragen wird.

Eine solche Verlagerung der Verantwortlichkeit, zunächst vom einzelnen Arzt auf eine Kommission und dann weiter auf die Gesellschaft, ist als eine Flucht vor der individuellen Entscheidung anzusehen. Kommt Kommissionen Entscheidungsbezugnis zu, so wird die eigene moralische Unsicherheit durch ein Kommissionsurteil verschleiert. Die Arbeit der Kommission droht darüber hinaus in unethisches Verhalten abzugleiten, wie es anhand unserer Darstellung dokumentiert werden konnte.

Selbst unter der Berücksichtigung der Tatsache, daß der Ruf nach Kommissionen, so auf dem Gebiet der Euthanasie, weiter anhält, sollte man sich bewußt sein, daß sich ärztlich-ethische Normen nicht immer in Paragraphen fassen lassen.

Die sog. Grauzone ärztlichen Handelns läßt sich juristisch nicht "ausparaphrieren", sie kann nur durch das tätige Bekenntnis des Arztes zum Prinzip des Respekts vor dem Leben erhellt werden. Auch damit wird sich das ärztliche Handeln nicht restlos juristisch nachprüfbar machen lassen.

Darum spricht der Jurist LAUFS sich für einen

Freiraum in der ärztlichen Entscheidung im Rahmen des geltenden Rechts aus und führt Beispiele dafür an, daß dem auch von rechtsstaatlicher Seite entsprochen wurde. (LAUFS 1981) Er warnt vor einer verwaltungsmäßigen Handhabung und gesetzlichen Festlegung der Gewissensentscheidung in Grenzgebieten ärztlichen Handelns.

Eigenartig und gleichzeitig bemerkenswert erscheint es, daß im Fall der K.A. Quinlan das zuständige ordentliche Gericht die Verantwortlichkeit von sich wies und diese einer Ethikkommission übertragen wollte. (vgl. NEW JERSEY SUPREME COURT, DOWBEN)

Verantwortungsteilung kann - wie dies in der Vergangenheit zu beobachten war, zur Verantwortungslosigkeit führen.

Der grundsätzlich neue Aspekt der in den letzten Jahren gebildeten Ethikkommissionen ist in der Tatsache zu sehen, daß diese allein als **b e r a t e n d e** Institutionen und unabhängig von staatlichen Behörden oder anderen Einrichtungen arbeiten.

Sie sollten in ihrer Arbeit nicht - wie SAMSON diesen vorwirft - als eine juristische Absicherung verstanden werden. Aufgaben und Auftrag müssen "Schutz des Patienten" als oberstes Gebot beinhalten, der durch die schnelle Weiterentwicklung medizinisch - wissenschaftlicher

Forschung notwendig erscheint.

Die Legislative versucht immer mehr, das ärztliche Handeln in einen gesetzlichen Rahmen zu zwingen. Jede neue gesetzliche Regelung führt jedoch zwangsläufig zu einer bürokratischen Handhabung ethischer Probleme, in weiterer Folge auch zu einer erheblichen Behinderung der Forschung; aber auch zu einem nicht anpassungsfähigen Verfahren, durch dessen Lücken unethisches Verhalten erst ermöglicht und herausgefordert wird.

Die neuen Ethikkommissionen bringen demgegenüber einen neuen Ansatz. Sie versuchen nicht, durch weitere Reglementierung Mißstände einzuschränken oder zu beseitigen. Vielmehr ist ihr Ansatz ein moralischer. Der einzelne Arzt soll, sofern er Forschung am Menschen oder mit Menschen betreibt, davor bewahrt werden, unberaten ethisch relevante und gefährliche Entscheidungen zu treffen. Vielmehr soll er durch die Konfrontation mit einer Kommission dazu gebracht werden, die ethischen Probleme seines Forschungsvorhabens in dialogfähiger Form entweder selbst oder mit der Kommission herauszuarbeiten. Danach muß er, was er tut, selbst verantworten. Dies aber kann er dann bewußter, klarer und deswegen besser.

ZUSAMMENFASSUNG

In der Deklaration des Weltärztebundes von Tokio aus dem Jahre 1975 über die Durchführung wissenschaftlicher Versuche am Menschen wird die Einrichtung von Ethikkommissionen in der medizinisch-wissenschaftlichen Forschung gefordert.

Die vorliegende Arbeit gibt - ausgehend von dieser Richtlinie - einen historischen Überblick über ärztlich-ethische Kommissionen. Neben der Wahrung der ärztlichen Ethik im Allgemeinen werden spezielle Fragestellungen wie der Schwangerschaftsabbruch, die Sterilisation, die Euthanasie, die Auswahl zur Hämodialyse und schwerpunktmäßig die medizinisch-wissenschaftliche Forschung behandelt. Vorbilder und Modelle ärztlicher Gremien werden vorgestellt und verglichen, die Gründe für deren Zuziehung analysiert und die Gefahren ihres Mißbrauches verdeutlicht.

Positiv herausgestellt wird der neue Ansatz, den die in den letzten Jahren eingerichteten Ethikkommissionen in ihrer rein beratenden, nicht verurteilenden Funktion bieten.

Anhang

Die Deklaration von Oslo

Stellungnahme des Weltärztebundes zur therapeutischen Schwangerschaftsunterbrechung

1. Der oberste moralische Grundsatz, der dem Arzt auferlegt ist, ist die Achtung des menschlichen Lebens, so wie er in einem Satz des Genfer Gelöbnisses ausgedrückt ist: 'Ich will die höchste Achtung vor dem menschlichen Leben vom Zeitpunkt der Empfängnis an bewahren.'

2. Umstände, welche die Lebensinteressen einer Mutter in Konflikt bringen mit denen ihres ungeborenen Kindes, schaffen ein Dilemma, und es erhebt sich die Frage, ob die Schwangerschaft mit Vorbedacht unterbrochen werden sollte oder nicht.

3. Unterschiedliche Antworten zu dieser Situation resultieren aus der Verschiedenheit der Haltungen zum Leben des ungeborenen Kindes. Dies ist eine Frage der Überzeugung und des Gewissens des einzelnen, die respektiert werden müssen.

4. Es ist nicht die Aufgabe der Ärzteschaft, die Haltungen und Maßstäbe eines einzelnen Staates oder einer Gemeinschaft in dieser Frage festzulegen, aber es ist unsere Pflicht, für zweierlei einzutreten: den Schutz unserer Patienten zu gewährleisten und die Rechte des Arztes innerhalb der Gesellschaft zu sichern.

5. Deshalb, wo das Gesetz die Schwangerschaftsunterbrechung aus therapeutischen Gründen erlaubt oder eine Gesetzgebung in diesem Sinne beabsichtigt ist und dies nicht der Haltung der nationalen ärztlichen Standesorganisation widerspricht, und wo der Gesetzgeber Orientierung an der Ärzteschaft wünscht oder akzeptieren will, seien folgende Grundsätze empfohlen:

- a) Eine Schwangerschaftsunterbrechung sollte nur als therapeutische Maßnahme durchgeführt werden.
- b) Die Entscheidung, eine Schwangerschaft zu unterbrechen, sollte in der Regel von mindestens zwei Ärzten, ausgewählt nach ihrer beruflichen Befähigung, schriftlich gebilligt werden.
- c) die Behandlung sollte von einem Arzt durchgeführt werden, dem dies - bei Billigung des Obengenannten - von einem entsprechenden Gremium gestattet wird.

6. Wenn ein Arzt der Meinung ist, daß ihm seine Überzeugungen nicht erlauben, zu einer Schwangerschaftsunterbrechung zu raten oder eine solche durchzuführen, möge er zurücktreten, jedoch die Fortdauer der (ärztlichen) Obhut durch einen qualifizierten Kollegen sicherstellen.

7. Diese Stellungnahme ist, obwohl sie von der Generalversammlung des Weltärztebundes bekräftigt worden ist, nicht als bindend für eine der Mitgliedsorganisationen zu betrachten, sofern sie nicht von dieser Mitgliedsorganisation selbst angenommen worden ist."

(Dt Ärztebl Heft 37 12. Sept. 1970: 2688-2689)

Die Erklärung von Sydney

Zur Bestimmung des Todeszeitpunktes

XXII. Generalversammlung des Weltärztebundes:

"Vor dem Gesetz liegt die Verantwortung für die Bestimmung des Todezeitpunktes in den meisten Ländern in der Hand des Arztes, und das sollte auch so bleiben. Im allgemeinen kann ein Arzt ohne Inanspruchnahme anderer Hilfe entscheiden, wann ein Mensch tot ist, indem er die klassischen Kriterien beachtet, die jedem Arzt bekannt sind.

Zwei neuzeitliche Verfahren in der Medizin lassen es jedoch notwendig werden, die Frage des Eintritts des Todes weiter zu studieren:

1. Die Möglichkeit, mit Hilfe künstlicher Beatmung die Zirkulation sauerstoffhaltigen Blutes in einem Körper aufrechtzuerhalten, der irreversibel geschädigt sein kann, und
2. die Entnahme von Organen, wie beispielsweise Herz und Nieren, von einem Verstorbenen für Transplantationen.

Das Problem liegt darin, daß der Tod ein fortschreitender Prozeß ist, weil das Zellengewebe unterschiedlich auf den Entzug von Sauerstoff reagiert. Das klinische Interesse zielt aber nicht darauf, einzelne Zellen lebens-

fähig zu erhalten; es geht vielmehr um das Schicksal eines Menschen. Hier spielt nicht der Zeitpunkt des Todes der verschiedenen Zellen und Organe eine so wichtige Rolle, sondern vielmehr die Gewißheit, daß der Todesprozeß unwiderruflich und daß auch mit allen technischen Mitteln keine Wiederbelebung möglich ist.

Die Todesbestimmung fußt auf der klinischen Beurteilung, ergänzt - falls notwendig - durch verschiedene Diagnosenhilfen, von denen zur Zeit die Elektroenzephalographie die anerkannt beste ist. Bei dem heutigen Stand der medizinischen Wissenschaft kann die Frage der Todesbestimmung aber weder durch ein technisches Kriterium allein zufriedenstellend beantwortet werden, noch kann ein technisches Verfahren die umfassende Beurteilung durch einen Arzt oder durch ein Team von Ärzten ersetzen.

Wenn die Verpflanzung eines Organs beabsichtigt ist, sollte die Feststellung des Todes von zwei oder mehr Ärzten getroffen werden, und die Ärzte, die diese Todesfeststellung treffen, sollten keinesfalls unmittelbar mit der Durchführung der Transplantation selbst zu tun haben.

Die Möglichkeit, den Zeitpunkt des Todes eines Menschen festzustellen, gibt uns ethisch die Erlaubnis, Wiederbelebungsversuche einzustellen und - in Ländern, wo es gesetzlich gestattet ist - Organe von Leichen zu entnehmen, vorausgesetzt, daß die bestehenden gesetzlichen Erfordernisse der Einwilligung berücksichtigt sind." (Dt Ärztebl Heft 35 31. August 1968: 1866)

Nürnberger Richtlinien zur medizinisch-wissenschaftlichen Forschung

Zulässige medizinische Versuche

1. Die freiwillige Zustimmung der Versuchsperson ist unbedingt erforderlich. Das heißt, daß der Betreffende die gesetzmäßige Fähigkeit haben muß, seine Einwilligung zu geben; in der Lage sein muß, eine freie Entscheidung zu treffen, unbeeinflusst durch Gewalt, Betrug, List, Druck, Vortäuschung oder irgendeine andere Form der Beeinflussung oder des Zwanges; und genügend Kenntnis von und Einsicht in die Bestandteile des betreffenden Gebietes haben muß, um eine verständnisvolle und aufgeklärte Entscheidung treffen zu können. Diese letzte Bedingung machte es notwendig, daß der Versuchsperson vor der Annahme ihrer bejahenden Entscheidung das Wesen, die Länge und der Zweck des Versuches klargemacht werden; sowie die Methode und die Mittel, welche angewendet werden sollen, alle Unannehmlichkeiten und Gefahren, welche mit Fug zu erwarten sind, und die Folgen für ihre Gesundheit oder ihre Person, welche sich aus der Teilnahme ergeben mögen.

Die Pflicht und die Verantwortlichkeit, den Wert der Zustimmung festzustellen, obliegt jedem, der den Versuch anordnet, leitet oder ihn durchführt. Dies sind persönliche Pflichten und persönliche Verantwortungen, welche nicht ungestraft auf andere übertragen werden können.

2. Der Versuch muß derart sein, daß fruchtbare Ergebnis-

se für das Wohl der Gesellschaft zu erwarten sind, welche nicht durch andere Forschungsmittel oder Methoden zu erlangen sind, und welche ihrem Wesen nach nicht willkürlich und unnötig sind.

3. Der Versuch ist so zu planen und auf den Ergebnissen von Tierversuchen und einer Kenntnis des Wesens der Krankheit oder des sonstigen Problems aufzubauen, daß die vermutlichen Ergebnisse die Ausführung des Versuches rechtfertigen werden.

4. Der Versuch ist so durchzuführen, daß alle unnötigen körperlichen und geistigen Leiden und Verletzungen vermieden werden.

5. Kein Versuch darf durchgeführt werden, wenn a priori ein Grund besteht für die Annahme, daß der Tod oder ein dauernder, körperlicher Schaden eintreten wird, mit der Ausnahme vielleicht jener Versuche, bei welchen Versuchsleiter gleichzeitig als Versuchspersonen dienen.

6. Das Gefahrenmoment darf niemals die Grenzen überschreiten, welche sich aus der humanitären Bedeutung des zu lösenden Problems ergeben.

7. Angemessene Vorbereitungen sind zu machen und ausreichende Vorkehrungen zu treffen, um die Versuchsperson gegen selbst die geringste Möglichkeit der Verletzung, der bleibenden gesundheitlichen Schädigungen oder des Todes zu schützen.

8. Der Versuch darf nur von wissenschaftlich geschulten Personen durchgeführt werden. Die größte Geschicklich-

keit und die größte Vorsicht müssen in allen Stufen des Versuches von denjenigen angewandt werden, die den Versuch leiten oder durchführen.

9. Während des Versuches muß der Versuchsperson freigestellt bleiben, den Versuch zu beenden, wenn sie körperlich oder geistig den Punkt erreicht hat, an dem ihr seine Fortsetzung unmöglich erscheint.

10. Im Verlauf des Versuches muß der Versuchsleiter jederzeit bereit bleiben, den Versuch einzustellen, wenn er bei Anwendung des von ihm geforderten guten Glaubens, besonderer Geschicklichkeit und Sorgfalt des Urteils Grund hat anzunehmen, daß eine Fortsetzung des Versuches eine Verletzung, eine bleibende gesundheitliche Schädigung oder den Tod der Versuchsperson herbeiführen könnte."

(Nürnberger Ärzteprozesse Urteilsbegründung S. 21)

Revidierte Deklaration von Helsinki

Empfehlung für Ärzte, die in der biomedizinischen Forschung am Menschen tätig sind

29. Generalversammlung des Weltärztebundes im Oktober 1975 in Tokio

Aufgabe des Arztes ist die Erhaltung der Gesundheit des Menschen. Der Erfüllung dieser Aufgabe dient er mit seinem Wissen und Gewissen.

Die Genfer Deklaration des Weltärztebundes verpflichtet den Arzt mit den Worten: "Die Gesundheit meines Patienten soll mein vornehmstes Anliegen sein" und der internationale Codex für ärztliche Ethik legt fest: "Jegliche Handlung oder Beratung, die geeignet erscheinen, die physische und psychische Widerstandskraft eines Menschen zu schwächen, dürfen nur in seinem Interesse zur Anwendung gelangen".

Ziel der biomedizinischen Forschung am Menschen muß es sein, diagnostische, therapeutische und prophylaktische verfahren sowie das Verständnis für die Actiologie und Pathogenese der Krankheit zu verbessern.

In der medizinischen Praxis sind diagnostische, therapeutische oder prophylaktische Verfahren mit Risiken verbunden; dies gilt um so mehr für die biomedizinische Forschung am Menschen.

Medizinischer Fortschritt beruht auf Forschung, die sich letztlich auch auf Versuche am Menschen stützen muß.

Bei der biomedizinischen Forschung am Menschen muß grundsätzlich unterschieden werden zwischen Versuchen, die im wesentlichen im Interesse des Patienten liegen und solchen, die mit rein wissenschaftlichem Ziel ohne unmittelbaren diagnostischen oder therapeutischen Wert für die Versuchsperson sind.

Besondere Vorsicht muß bei der Durchführung von Versuchen walten, die die Umwelt in Mitleidenschaft ziehen könnten. Auf das Wohl der Versuchstiere muß Rücksicht genommen werden.

Da es notwendig ist, die Ergebnisse von Laborversuchen auch auf den Menschen anzuwenden, um die wissenschaftliche Kenntnis zu fördern und der leidenden Menschheit zu helfen, hat der Weltärztebund die folgende Empfehlung als eine Leitlinie für jeden Arzt erarbeitet, der in der biomedizinischen Forschung am Menschen tätig ist. Sie sollte in der Zukunft überprüft werden.

Es muß betont werden, daß diese Empfehlung nur als Leitlinie für die Ärzte auf der ganzen Welt gedacht ist; kein Arzt ist von der straf-, zivil- und berufsrechtlichen Verantwortlichkeit nach den Gesetzen seines Landes befreit.

1. Allgemeine Grundsätze

1. Biomedizinische Forschung am Menschen muß den allgemein anerkannten wissenschaftlichen Grundsätzen entsprechen; sie sollte auf ausreichenden Laboratoriums- und Tierversuchen sowie einer umfassenden Kenntnis der wissenschaftlichen Literatur aufbauen.

2. Die Planung und Durchführung eines jeden Versuches am Menschen sollte eindeutig in einem Versuchsprotokoll niedergelegt werden; dieses sollte einem besonders berufenen unabhängigen Ausschuß zur Beratung, Stellungnahme und Orientierung zugeleitet werden.

"The design and performance of each experimental procedure involving human subjects should be clearly formulated in an experimental protocol which should be transmitted to a specially appointed independent committee for consideration, comments and guidance."

3. Biomedizinische Forschung am Menschen sollte nur von wissenschaftlich qualifizierten Personen und unter Aufsicht eines klinisch erfahrenen Arztes durchgeführt werden. Die Verantwortung für die Versuchsperson trägt stets ein Arzt und nie die Versuchsperson selbst, auch dann nicht, wenn sie ihr Einverständnis gegeben hat.
4. Biomedizinische Forschung am Menschen ist nur zulässig, wenn die Bedeutung des Versuchsziels in einem angemessenen Verhältnis zum Risiko für die Versuchsperson steht.
5. Jedem biomedizinischen Forschungsvorhaben am Menschen sollte eine sorgfältige Abschätzung der voraussehbaren Risiken im Vergleich zu dem voraussichtlichen Nutzen für die Versuchsperson oder andere vorausgehen. Die Sorge um die Belange der Versuchsperson muß stets ausschlaggebend sein im Vergleich zu den Interessen der Wissenschaft und der Gesellschaft.

6. Das Recht der Versuchsperson auf Wahrung ihrer Unversehrtheit muß stets geachtet werden. Es sollte alles getan werden, um die Privatsphäre der Versuchsperson zu wahren; die Wirkung auf die körperliche und geistige Unversehrtheit sowie die Persönlichkeit der Versuchsperson sollte so gering wie möglich gehalten werden.
7. Der Arzt sollte es unterlassen, bei Versuchen am Menschen tätig zu werden, wenn er nicht überzeugt ist, daß das mit dem Versuch verbundene Wagnis für vorhersagbar gehalten wird. Der Arzt sollte jeden Versuch abbrechen, sobald sich herausstellt, daß das Wagnis den möglichen Nutzen übersteigt.
8. Der Arzt ist bei der Veröffentlichung der Versuchsergebnisse verpflichtet, die Befunde genau wiederzugeben. Berichte über Versuche, die nicht in Übereinstimmung mit den in dieser Deklaration niedergelegten Grundsätzen durchgeführt wurden, sollten nicht zur Veröffentlichung angenommen werden.
9. Bei jedem Versuch am Menschen muß jede Versuchsperson ausreichend über Absicht, Durchführung, erwarteten Nutzen und Risiken des Versuches sowie über möglicherweise damit verbundene Störungen des Wohlbefindens unterrichtet werden. Die Versuchsperson sollte darauf hingewiesen werden, daß es ihr freisteht, die Teilnahme am Versuch zu verweigern und daß sie jederzeit eine einmal gegebene Zustimmung widerrufen kann. Nach dieser Aufklärung sollte der Arzt die freiwillige Zustimmung der Versuchsperson einholen; die Erklärung sollte vorzugsweise schriftlich abgegeben werden.

10. Ist die Versuchsperson vom Arzt abhängig oder erfolgte die Zustimmung zu einem Versuch möglicherweise unter Druck, so soll der Arzt beim Einholen der Einwilligung nach Aufklärung besondere Vorsicht walten lassen. In einem solchen Fall sollte die Einwilligung durch einen Arzt eingeholt werden, der mit dem Versuch nicht befaßt ist und der außerhalb eines etwaigen Abhängigkeitsverhältnisses steht.
11. Ist die Versuchsperson nicht voll geschäftsfähig, sollte die Einwilligung nach Aufklärung vom gesetzlichen Vertreter entsprechend nationalem Recht eingeholt werden. Die Einwilligung des mit der Verantwortung betrauten Verwandten*) ersetzt die der Versuchsperson, wenn diese infolge körperlicher oder geistiger Behinderung nicht wirksam zustimmen kann oder minderjährig ist.
12. Das Versuchsprotokoll sollte stets die ethischen Überlegungen im Zusammenhang mit der Durchführung des Versuchs darlegen und aufzeigen, daß die Grundsätze dieser Deklaration eingehalten sind.

Medizinische Forschung in Verbindung mit ärztlicher Versorgung

1. Bei der Behandlung eines Kranken muß der Arzt die Freiheit haben, neue diagnostische und therapeutische Maßnahmen anzuwenden, wenn sie nach seinem Urteil die Hoffnung bieten, das Leben des Patienten zu retten, seine Gesundheit wiederherzustellen oder seine Leiden zu lindern.

2. Die mit der Anwendung eines neuen Verfahrens verbundenen möglichen Vorteile, Risiken und Störungen des Befindens sollten gegen die Vorzüge der bisher bestehenden diagnostischen und therapeutischen Methoden abgewogen werden.
3. Bei jedem medizinischen Versuch sollten alle Patienten - einschließlich derer einer eventuell vorhandenen Kontrollgruppe - die beste erprobte diagnostische und therapeutische Behandlung erhalten.
4. Die Weigerung eines Patienten, an einem Versuch teilzunehmen, darf niemals die Beziehung zwischen Arzt und Patienten beeinträchtigen.
5. Wenn der Arzt es für unentbehrlich hält, auf die Einwilligung nach Aufklärung zu verzichten, sollten die besonderen Gründe für dieses Vorgehen in dem für den unabhängigen Ausschuß bestimmten Versuchsprotokoll niedergelegt werden.
6. Der Arzt kann medizinische Forschung mit dem Ziel der Gewinnung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse mit der ärztlichen Betreuung nur soweit verbinden, als diese medizinische Forschung durch ihren möglichen diagnostischen oder therapeutischen Wert für den Patienten gerechtfertigt ist.

Nicht-therapeutische biomedizinische Forschung am Menschen

1. In der rein wissenschaftlichen Anwendung der medizinischen Forschung am Menschen ist es die Pflicht

des Arztes, das Leben und die Gesundheit der Person zu beschützen, an welcher biomedizische Forschung durchgeführt wird.

2. Die Versuchspersonen sollten Freiwillige sein, entweder gesunde Personen oder Patienten, für die die Versuchsabsicht nicht mit ihrer Krankheit in Zusammenhang steht.
3. Der ärztliche Forscher oder das Forschungsteam sollten den Versuch abbrechen, wenn dies nach seinem oder ihrem Urteil im Falle der Fortführung dem Menschen schaden könnte.
4. Bei Versuchen am Menschen sollte das Interesse der Wissenschaft und der Gesellschaft niemals Vorrang vor den Erwägungen haben, die das Wohlbefinden der Versuchsperson betreffen. (Bundesanzeiger Nr. 152 14. August 1976)

LITERATURVERZEICHNIS

1. ALEXANDER, L.
Limitations in Experimental Research on Human
Beings
Lex and Scientia Vol. 3 No. 1 1966: 8-24, 14-15
2. ARISTOTELES
-Politik 7. Buch 15-25
Zürich und Stuttgart 1971
3. BAADER, G.
Die "Euthanasie im 3. Reich" in:
Medizin und Nationalsozialismus
Verlagsgesellschaft Gesundheit mbH Berlin 1980:
95-101, 98-99
4. BARTH, F.
Euthanasie
Heidelberg 1924: 11
5. BAYERN
Akten des K. Staatsministerium der Justiz
Allg. Staatsarchiv München Akte MJu 15367 1899-1909
Begründung zum Entwurf eines Gesetzes über
die Standesvertretung, die Standespflichten
und das ehrengerichtliche Verfahren der Ärzte
1909: 4,12
6.
K. Staatsministerium der Justiz
Erlass betr. Auflösung der Med-Comités, die
in München und Bamberg existierten vom 23. August
1843
Archiv der Universität Erlangen - Nürnberg
1858 Kgl. Med.-Comités

7. Königliche Verordnung vom 8. Dezember 1908
 die Organisation der Medizinal-Komitees (RBl
 2889; Dö11 MV 945)
8. BEECHER, H.K.
 Ethics and Clinical Research
 New Eng J Med 274 1966: 1354-1360

 Experimentation in Man
 J.A.M.A. Vol. 169 No. 5 1959: 109/461-126/478
9. BERLINER ÄRZTEKAMMER
 Heilversuche an Menschen
 Berliner Ärztekorrespondenz 1928 Nr. 22: 215
10. BERNHARD, C.
 Einführung in das Studium der experimentellen
 Medizin Paris 1865
 Leipzig 1961: 144-146, 146-147
11. BERNER, W. et al.
 Schlichtung in Arzthaftpflichtfragen
 Dt Ärztebl Heft 5 1981: 183-91
12. BERNSTEIN, J.E.
 Ethical Considerations in Human Experimentation
 J Clin Pharmacol 15 (8-9) 1975: 579-90
13. BEWER, C.
 Die ärztlichen Ehrengerichte
 Ärztl. Mitt Nr. 51 1932: 1054-57
14. BINDING, K. und HOCHE, A.
 Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens
 2. Aufl. Leipzig 1922

15. BLASBALG, J.
Ausländische und deutsche Gesetze und Gesetz-
entwürfe über Unfruchtbarmachung
Zschr. ges. Strwiss 52. Bd. 4. Heft 1932:
477-96
16. BOETERS
Lex Zwickau
Der Kassenarzt Nr. 13 1926: 5-7
17. BORCHARDT
Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten
Lebens
Dt Str Z 9. Jg. Heft 7/8 1922: 206-210
18. BREUER, H. und FISCHER, F.W.
Role of Ethical Guidance Committees in Clinical³
Research
Contr Clin Trials 1 (4) 1981: 421-427
19. BRITISH MEDICAL ASSOCIATION
Persönlicher Brief vom 4. Juni 1980
20. BRITISH MEDICAL JOURNAL
Editorial
April 7, 1906: 818
21. BUNDESÄRZTEKAMMER (ARBEITSGEMEINSCHAFT WESTDEUTSCHER
ÄRZTEKAMMERN)
Empfehlung zur Einrichtung von Ethik-Kommissio-
nen bei den Ärztekammern
Sitzung des Vorstandes der Bundesärztekammer
vom 12.1.1979

22. Tätigkeitsbericht 79 der Bundesärztekammer
(Arbeitsgemeinschaft Westdeutscher Ärztekammern)
Köln-Löwenisch: 195-197

23. BUNDESÄRZTEKAMMER (ARBEITSGEMEINSCHAFT WESTDEUTSCHER
ÄRZTEKAMMERN)

Vorwort der Arbeitsgemeinschaft Westdeutscher^{*}
Ärztekammern in:
MITSCHERLICH, A. und MIELKE, F.
Wissenschaft ohne Menschlichkeit
Heidelberg 1949: VII

BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND

24. BGBI I S. 1143

Gesetz über die freiwillige Kastration und
andere Behandlungsmethoden vom 15. August 1969

25. BGBI I S. 1213

15. Strafrechtsänderungsgesetz betr. Fristen-
lösung vom 25. Februar 1976

26. BGBI I S. 2445

Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelrechts
vom 24. August 1976 (AMG)

27. BVerGE 39, 1ff.

Urteil des Bundesverfassungsgerichts betr.
sog. Fristenlösung vom 25. Februar 1975

28. CALIFORNIA NATURAL DEATH ACT

Approved by Governor September 30, 1976
Filed with Secretary of State September 20,
1976 in: REISER, ST. J. et al.

Ethics in Medecine - Historical Perspectives
and Contomporary Concerns
Cambridge, Massachusetts und London 1977: 665-667

29. CATEL, W.

Grenzsituationen des Lebens
Nürnberg 1962: 153, 178-179

30. CHALKEY, D.T.

Considerations in the Protection of Humans
as Subjects of Research
Bull Pan Am Health Organ 8 (4) 1974: 289-292

31. CURRAN, W.J.

Current Legal Issues in Clinical Investigations
with Particular Attention to the Balance between
the Rights of the Individual and the Needs
for Society in:

REISER, ST.J., DYCK, A.J. und CURRAN, W.J.
(Hrsg.) Ethics in Medecine - Historical Perspec-
tives and Contemporary Concerns
Cambridge, Massachusetts, London 1977: 296-301

32.

Governmental Regulation of the Use of Human
Subjects in Medical Research: the Approach
of Two Federal Agencies
Daed 98, 1969: 402-58

33. DÄHN, G.

Zur Geschichte des Abtreibungsverbotes in:
BAUMANN, J.: Das Abtreibungsverbot des § 218
Neuwied & Berlin 1971: 329-39

34. DAIBER

Bemerkungen zu dem Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses und die Praxis für die Heilanstalten
Ärzteblatt für Württemberg und Baden 2 (1935): 4-5

35. DeFELICE, S.L.

An Analysis of the Relationship between Human Experimentation and Drug Discovery in the U.S.
Drug Metab Rev 3 (1) 1974: 167-84

36. DEUTSCH, E.

Ethik-Kommissionen für medizinische Versuche am Menschen: Einrichtung, Funktion, Verfahren
NJW Heft 12, 1981: 614-17

37. DEUTSCH, E.

Das Recht der klinischen Forschung am Menschen
Reihe Recht und Medizin Bd. 1 Frankfurt/Main 1976

38. DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR GYNÄKOLOGIE

Der Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie: Resolution zur Reform des § 218
in: LAU, H.
Indikationen zum Schwangerschaftsabbruch
Beratung - Begutachtung der Konfliktschwangerschaft München 1976: 173-74

39. DEUTSCHER BUNDESTAG

Zur Sache 6/72 Themen parlamentarischer Beratung
Reform des § 218 aus der öffentlichen Anhörung des Sonderausschusses des Deutschen Bundestages für die Strafrechtsreform

Deutscher Bundestag Presse und Informations-
zentrum Stellungnahmen der Sachverständigen
der 74., 75. und 76. Sitzung des Sonderausschus-
ses für die Strafrechtsreform am 10., 11.,
12. April 1972

40. DEUTSCHES ÄRZTEBLATT

Editorial

Über die Rechtsnatur der Ärztekammern und ärzt-
lichen Ehrengerichte

Nr. 22 1932: 293-97

DEUTSCHES REICH

41. RGBI I S. 529

Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses
vom 14. Juli 1933

42. RGBI I S. 995

Gesetz gegen gefährliche Gewohnheitsverbre-
cher vom 24. November 1943

43. RGBI I S. 1433

in der Fassung des ÄndG vom 30. Mai 1940 RGBI
I S. 827
Reichsärzteordnung vom 13. Dezember 1935

44. RGE III 428/31

Urteil vom 14. Oktober 1932

45. REICHSMINISTER DES INNERN

Richtlinien für neuartige Heilbehandlung und
für wissenschaftliche Versuche an Menschen
RGesd Bl 1931, S. 179

46.DÖRNER, K.

Nationalsozialismus und Lebensvernichtung in:
Diagnose der Psychiatrie
Frankfurt/New York 1975: 76-77

47.DOWBEN, C.

Prometheus revisited: Popular Myths, Medical
Realities, and Legislative Actions Concerning
Death
J. Health Polit Polic Law
Vol. 5, No. 2 1980: 250-76

48.DUNCAN, A.S. und DUNSTAN, G.R.

Dictionary of Medical Ethics
New York: 371-372

49.EBERMAYER, L.

Der Arzt im Recht
Leipzig 1930: 172

50.EDANT, B.

Etude comparée de législations concernant
l'Avortement dans les Pays du Marché Commun
Thèse méd. Bordeaux 1974

51.EHRHARDT, H.

Euthanasie und Vernichtung lebensunwerten Lebens
Stuttgart 1965: 11-12

52. ESER, A.

Sterilisation in rechtlicher und rechtspolitischer Sicht in:

ESER, A. und HIRSCH, H.A. (Hrsg.)

Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch

Reihe Medizin und Recht Bd. 10

Stuttgart 1980: 55-68

53.

Der rechtliche Wert von Ethikkommissionen (Referat anläßlich des Symposions: Die Tätigkeit der medizinischen Ethik-Kommissionen - Möglichkeiten und Grenzen 17.11.1982 Münster (unveröffentlicht)

54. FETSCHER, R.

Stand und Entwicklung der Sterilisierung

Soz Med 1931: 363-374

55. FISCHER, F.W.

Ethikkommissionen aus der Sicht der Deutschen Forschungsgemeinschaft in:

Symposion Medizinische Ethikkommissionen -

Aspekte und Aufgaben 19.11.1980 Münster

Schriften der Vereinigung der Westfälischen

Wilhelms Universität Münster: 79-87

56. FISCHER, I.

Ärztliche Standespflichten und Standesfragen

Wien - Leipzig 1912: 64-66, 76

57. FOREL, A.
Kulturbestrebungen der Gegenwart
München 1910: 27
58. FRANKEL, M.S.
The Development of Policy Guidelines Governing
Human Experimentation in the United States
Ethics Sci Med 2 (1), 1975: 43-59
59. FREEDMAN, B.
One Philosopher's Experience on an Ethics Committee
Hastings Cent Rep 11 (2) 1981: 10-22
60. GAUPP, R.
Die Unfruchtbarmachung geistig und sittlich
Kranker und Minderwertiger
Berlin 1925: 1
61. GAUTHIER, J.L.
Reflexions sur une commission de décision et
d'étude des demandes d'intervention volontaire
de grossesse a propos de 311 dossiers
Thèse méd Tours 1977
62. GERKAN, R.
Zit. nach OSTWALD, W.
Das monistische Jahrhundert 2 (1913) 1. Hj.:
169-173
63. GILLON, R.
Suicide and Voluntary Euthanasia
Historical Perspective in:
DOWNING, A.B. (Hrsg.): Euthanasia and the Right
to Death 1969: 173-192

64. GOERDT, W.

Ethikkommissionen und praktische Philosophie
Referat anlässlich des Symposiums: Die Tätigkeit
der medizinischen Ethik-Kommissionen -
Möglichkeiten und Grenzen 17.11.1982 Münster
(unveröffentlicht)

65. GRAY, B.H.

An Assessment of Institutional Review Committees
in Human Experimentation
Med Care Vol. XIII, No. 4: 1975: 318-29

66. GRÖSCHEL, K.

Der Camarius Entwurf einer Nürnberger Medizinal-
ordnung - "Kurtzes und Ordentliches Bedencker 1571"
Med Diss TU München 1977

67. GSELL, O.

Medizinisch-ethische Kommissionen der Kranken-
häuser der Schweiz
Schw Ärzteztg Bd. 61 Heft 5 1980: 254-55

68. GÜNTHER, H.F.K.

Platon als Hüter des Lebens
2. Aufl. München 1936

69. GÜTT, RÜDIN, RUTTKE

Zur Verhütung erbkranken Nachwuchses
Gesetz und Erläuterungen München 1934

70.HANACK, E.W.

Rechtsvergleichende Bemerkungen zur Strafbarkeit des Schwangerschaftsabbruchs in der westlichen Welt in:

BAUMANN, J. (Hrsg.): Das Abtreibungsverbot des § 218

Neuwied und Berlin 1971: 27-109

71.HAUBOLD, H.

J.P. Frank - Der Gesundheits- und Rassenpolitiker des 18. Jahrhunderts

München/Berlin 1939: 193

72.HEBERER

Ärztliche Wissenschaft und Kurpfuscherei-Bekämpfung

Ärztl Mitt Nr. 18, 1928: 354-55

73.HEISS, H.

Die künstliche Schwangerschaftsunterbrechung und der kriminelle Abort

Stuttgart 1907

74.HELLBRÜGGE, TH.

Aktuelle Probleme des Lebensschutzes durch die Rechtsordnung

Studien und Berichte der Katholischen Akademie Bayern Heft 25 1964: 80-3

75. HENLEY, C.

Peer Review of Research Grant Applications
at the National Institute of Health 3: Review
by an Advisory Board/Council
Fed Proc Vol. 36 No. 1972: 2335-2338

76. HENSCHER, V.

Aufgabe und Tätigkeit der Schlichtungs- und Gutach-
terstellen für Arzthaftpflichtstreitigkeiten
Recht und Medizin Bd. 4
Frankfurt/Main u. Bern, Cirencester/U.K. 1980

77. HENTIG, H. VON

Eugenik und Kriminalwissenschaft
Berlin 1933

78.

Die Strafe I
Berlin/Göttingen/Heidelberg 1954: 166-73

79. HOFFMANN, G. VON

Die Rassenhygiene in den Vereinigten Staaten
von Nordamerika
München 1913

80. HORN, W.

Das Preußische Medizinalwesen
Berlin 1857: 2-3

81. HOROWITZ, H.S.

Ethical Considerations in Human Experimentation
J Sent Res Special Issue C Vol. 56 1977: 154-59

82. INGELFINGER, F.J.
Ethics of Experimentation on Children
New Eng J Med 288 1973: 791-92
83. Ethics of Human Experimentation defined by
a National Commission
New Eng J Med 296 1977: 44-45
84. IVY, A.C.
The History and Ethics of the Use of Human
Subjects in Medical Experiments
Science 2, 1948: 1-5
85. JOURNAL OF MEDICAL ETHICS
Editorial
1980, 6: 171-72
86. KAATZ, H.
Moral in der Medizin
Zbl Gynäk 97 (1975): 1473-1488
87. KAHLER
Euthanasie
DJZ Nr. 3-4 1915
88. KANKELEIT, O.
Die Unfruchtbarmachung aus rassenhygienischen
und sozialen Gründen
München 1929: 37
89. KATHE, B.A.
Protection of Patient Rights and Welfare in
the VA Cooperative Studies Program
Contr Clin Trials 2 (1981): 267-74

90. KISSKALT, K.

Theorie und Praxis der medizinisch-wissenschaft-
lichen Forschung
München/Berlin 1944: 223

91. KOHLRAUSCH, E.

Das Recht der Schwangerschaftsunterbrechung,
Unfruchtbarmachung und Entmannung
Z Ärztl Fortb Nr. 3 1936: 83-84

92. KOPP, W.

Gesetzliche Unfruchtbarmachung
Kiel/Leipzig 1934: 5, 11, 14-17

93. KOTY, J.

Die Behandlung der Alten und Kranken bei den
Naturvölkern
Stuttgart 1934

94. KUDLIEN, F.

Der griechische Arzt im Zeitalter des Hellenis-
mus Mainz:
Akademie der Wiss. u.d. Literatur Wiesbaden 1979

95. KUHN

Die Medizinalgesetzgebung im Königreiche Bayern
Augsburg 1883: 26

96. LADIMER, I.

Ethical and Legal Aspects of Medical Research
on Human Beings
J Publ L Vol. 3 Fall 1954 No. 2: 467-511

97. LADIMER, I. und KENNEDY, D.B.
Clinical Investigation in Medecine: Legal,
Ethical and Moral Aspects
Boston 1963
- LADIMER, I.
Rights, Responsibilities and Protection of
Patients in Human Studies
J Clin Pharmacol 7 1967: 125-130
99. LAUFS, A.
Arztrecht und Berufsfreiheit
Arzt und Krankenhaus 7/81: 259-264
100. Medizin und Recht im Zeichen des technischen
Fortschritts: Aufgaben und Antworten aus der
Sicht des Juristen
Heidelberg 1978
Sitzungsberichte der Heidelberger Akademie
der Wissenschaften Philosoph.-histor. Klasse
Jg. 1978 Abh. 5
101. LEENEN, H.J.J.
Selection of Patients
J Med Ethics 8 (1982): 33-36
102. LEHMKUHL, H. und PÜRCKHAUER, F.
Berufliche Einrichtungen des Gesundheitswesens
Stuttgart 1964: 41, 42-43

102. LESSING, E.

Die Stellung des Theologen in der Ethikkommis-
sion. Referat anlässlich des Symposium: Die
Tätigkeit der Medizinischen Ethik-Kommissionen-
Möglichkeiten und Grenzen
17.11.1982 Münster
(unveröffentlicht)

103. MACH, R.-S. und GSELL, O.

Die Bildung von medizinisch-ethischen Kommissio-
nen
Schw Ärzteztg Bd. 61 Heft 5 1980

104. MALBIN, I.

Historische Betrachtungen zur Frage der Vernich-
tung lebensunwerten Lebens
Arch f Frauenh u Eugenetik Bd. 8 1922: 127-141

105. MARTELL, P.

Die neuen Erbgesundheitsgerichte
Z f Ärztl Fortb Nr. 3 1934: 2-83

106. MARX, C.

Die Entwicklung des ärztlichen Standes seit
den ersten Dezennien des 19. Jahrhunderts
Berlin 1907: 77-85

107. MAY, W.W.

The Composition and Function of Ethical Committees
J Med Ethics 1 (1) Apr. 1975: 23-29

108. MEDICAL RESEARCH COUNCIL

Statement: Responsibility in Investigations
on Human Subjects

Br Med J 4: 1964: 178-179

109. MEDIZINISCHER FAKULTÄTENTAG

Dt Ärztebl Heft 29 1981: 1428

110. MENDE, W.

Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation aus
nervenärztlicher Sicht. Die Indikation und
ihre Risiken

München 1968: 17

111. MICHAUX, P. und DEVELAY-LE GUEUT, M.

Critiques de la proposition de loi de "vivre
sa mort", texte inutile, inapplicable et
dangereux

Bull Méd lég 22 No. 3 1979: 265-270

112. MITSCHERLICH, A. und MIELKE, F.

Medizin ohne Menschlichkeit

Frankfurt/Main und Hamburg 1960

183-230

113. Wissenschaft ohne Menschlichkeit

Heidelberg 1949

203-223, 306

114. MÖLLERING, J.

Schutz des Lebens - Recht auf Sterben

Zur rechtlichen Problematik der Euthanasie

Reihe Medizin und Recht Bd. 3

Stuttgart 1977: 70-77

115. MOLL, A.
Ärztliche Ethik
Stuttgart 1902: 132
116. MÜNCHNER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
Editorial
1931: 2026
117. Editorial 1937: 1280
118. NARR, H.
Ärztliches Berufsrecht
2. Aufl. Köln 1977: Rd.-Nr. 829-837
119. NEW JERSEY
Supreme Court of New Jersey
In the Matter of Karen Quinlan
Supreme Court of New Jersey, 70 N.J. 10,3
5A 2d
647 (argued January 26, 1976; decided March
31, 1976 in:
REISER, ST. J. et al.
Ethics in Medicine - Historical Perspective
and Contemporary Concerns
Cambridge, Massachusetts und London 1977: 517-529
120. NEW YORK CITY
New York City Department of Hospitals
General Order 462, Concerning Research Propo-
sals Oct. 27, 1949

121. NIEDERMEYER, A.
Ärztliche Ethik' (Deontologie)
Bd. 2 Wien 1954: 86
122. NIETHAMMER, D.
Kind im Krankenhaus - Ethische und humanitäre
Fragen in der pädiatrischen Onkologie
Monatsschr Kinderheilkd 130 (1982): 66-70,68
123. NORDRHEIN-WESTFALEN
Anweisungen für den Gerichtsärztlichen Ausschuß
MBI NW 1970: 173-175
124.
Gesetz über die Gutachterstellen bei Ärztekam-
mern vom 16. Juni 1970
GVNW 1970: 434-435
125. NÜRNBERGER ÄRZTEPROZESSE
Doc.NO. 002, Doc.NO. 426, Doc.NO.825,
Doc.NO. 907, Doc.NO. 1913, Doc.NO. 2799
Doc.NO. 3865
Prot. S. 1913, Prot. S. 1919
126. OSTWALD, W.
Euthanasie
Das monistische Jahrhundert 2 1. Hj. (1913):
169-173
127. PARSONS, V. und LOCK, P.
Triage and the patient with renal failure
J Med Eth 6 (1980): 171-172

128. PLATEN-HALLERMUND, A.

Die Tötung Geisteskranker
Frankfurt/Main 1948

129. PLATON

Der Staat 5. Buch
Zürich und München 1973
3. Buch: 410a, 5. Buch: 461b-e

130. PREUSSEN

Gesetz betr. die ärztlichen Ehrengerichte,
das Umlagerecht und die Kassen der Ärztekammer
vom 25. November 1899 (GS.S.565), abgeändert
durch Gesetz vom 27. Juli 1904 (GS.S.182)

131. PREUSSISCHES JUSTIZMINISTERIUM

Akte 84 A 2071 1800-1822
Preussisches Geheimes Staatsarchiv

132. Allerhöchste Kabinetsorder vom 10ten Oktober
1840 die administrativen Strafverfügungen bei
Medizinalpersonen betreffend
Preussisches Geheimes Staatsarchiv Akte 84
A 2073

133. Instruction für sämtliche Provincial-Collegia-
Medica & Sanitatis 21. April 1800
Preussisches Geheimes Staatsarchiv Akte 184
A 2071

134. Sonderberatung des Reichtsgesundheitsrates
vom 14.3.1930 "Inwieweit ist die Vornahme experi-
menteller Untersuchungen am Menschen zulässig:
25 Preussisches Geheimes Staatsarchiv Akte
84 A 2080 1923-1932

135. PREUSSISCHES KULTUSMINISTERIUM

Anweisungen an die Vorsteher der Kliniken,
Polikliniken und sonstigen Krankenanstalten
Centralblatt der gesamten Unterrichtsverwal-
tung in Preussen 1901: 188

136. RASCH, W.

Richtige und falsche psychiatrische Gutachten
MSchr Krim 65 Heft 5 (1982): 257-269

137. RATHSCHECK, R.

Ethik-Kommissionen aus der Sicht der Pharmazeu-
tischen Industrie in:
Symposion Medizinische Ethik-Kommissionen
- Aspekte und Aufgaben 19.11.1980 Münster
Schriften der Vereinigung der Westfälischen
Wilhelms Universität Münster: 91-93

138. RAUTENBERG

Heilversuche am Menschen
Z f Ärztl Fortb 1929 Nr. 3: 96-98

139. REFSHAUGE, W.

The Place for International Standards in Con-
ducting Research on Humans
Bulletin WHO 55, Suppl. 2 1977: 133-145

140. REICHSÄRZTEKAMMER

Richtlinien für Schwangerschaftsunterbrechung
aus gesundheitlichen Gründen
München 1936

141. REMME, K.-D.

Beiträge zur Entwicklung des Medizinalwesens
in Brandenburg - Preußen
Med. Diss. FU Berlin 1954

142. RICKELS, D.

Bedeutung von lokalen Gutachterkommissionen
(institutional review boards) für den Schutz
der Versuchsperson in:
HELMCHEN, H. und MÜLLER-OERLINGHAUSEN (Hrsg.)
Psychiatrische Therapieforschung Berlin 1978
94-112, 101

143. RIEGER, H.-J.

Durchführung wissenschaftlicher Versuche am
Menschen
DMW Nr. 22, 3. Juni 1977: 845-847

144. RIIS, P.

Forskningsetiska kommittéer i fyra nordiska
länder före årsskiftet?
Nord Med 95 (11) 1980: 286-287, 290

145. Persönlicher Brief vom 25.11.1980

146. Planning of Scientific ethical committees
Br Med J 2 1977: 173-174

147. RISTOW, E.

Erbgesundheitsrecht
Stuttgart - Berlin 1935: 16, 61, 154

148. ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS ·

Report of the Committee on the Supervision
of the Ethics of Clinical Investigations in
Institutions July 1967

149. ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS

Report of the Committee on the Supervision
of the Ethics of Clinical Investigation in
Institutions 1973

150. RUTTKE, F.

Das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuch-
ses und seine Durchführung in:
BOEHM, H. (Hrsg.)
Erbgesundheit - Volksgesundheit Berlin-Wien
1939: 73-78

151. SAMSON, E.

Über Sinn und Unsinn von Ethikkommissionen
Dtsch med Wschr 106 (1981): 667-670

152. SANDERS, D. und DUKEMINIER, J. Jr.

From "Medical Advance and Legal Lag: Hemodia-
lysis and Kddney Transplantation" in:
REISER, ST et al. (Hrsg.)
Ethics in Medecine - Historical Perspectives
and Contemporary Concerns
Cambridge, Massachusetts, London 1977: 606-612

153. SCHIMIKOWSKI, P.

Experiment am Menschen

Zur strafrechtlichen Problematik des Humanexperiments

Reihe Medizin und Recht Bd. 9

Stuttgart 1980: 60-61

154. SCHIPPERGES, H.

Zur psychischen und sozialen Situation der Sterbenden in historischer Sicht in:

ESER, A. (Hrsg.) Suizid und Euthanasie

Reihe Medizin und Recht Bd. 1

Stuttgart 1976: 13-23

155. SCHÖNCKE-SCHRÖDER

Strafgesetzbuch - Kommentar

11. Aufl. München und Berlin 196

Rd.-Nr. 16-17

156. SCHULTZE

zit. nach KOPP, W.

Gesetzliche Unfruchtbarmachung

Kiel und Leipzig 1934: 5

157. SCHWARZ, H.

Ein Gutachten über die ärztliche Tätigkeit im sog. Erbgesundheitsverfahren

Medizinisch - Juristische Grenzfragen unter besonderer Berücksichtigung der Psychiatrie und Neurologie Halle/Saale 1950

158. SCHWEIZERISCHE AKADEMIE DER MEDIZINISCHEN WISSENSCHAFTEN
Richtlinien für Forschungsuntersuchungen am
Menschen Basel 1970
159. SIGERIST, H.C.
Vom Hippokratischen Eid zur deutschen ärztlichen
Standesordnung
Dt Ärztebl Nr. 31 1932: 419-423
160. SOURNIA et al.
Illustrierte Geschichte der Medizin 1980
Salzburg
Bd.1: 362
161. Illustrierte Geschichte der Medizin 1980 Salzburg
Bd. 2: 732
162. SPANN, W.
Ärztliche Rechts- und Standeskunde
München 1962: 318-320
163. STALDER, G.
Medizinisch - ethische Kommissionen?
Paediatr Padol 16 (3) 2 1981: 87-93
164. STEINHOFF, H.
Die Einwirkung der Deutschen Ärztetage seit
ihrem Beginn 1873 auf die Entstehung, das Werden
und Wachsen des ärztlichen Berufsrechts, insbe-
sondere der ärztlichen Berufsordnungen
Med. Diss. Univ. Düsseldorf 1974: 26-29, 35

165. STOBER

Rechtsschutz gegen Gutachterentscheidungen
bei medizinischer Indikation
Ein bisher zu wenig beachtetes Problem der
Gutachterstellenlösung in:
BAUMANN, J.: Das Abtreibungsverbot des § 218
Neuwied & Berlin 1971: 169 - 173

166. STROBRAWA, F. F.

Die ärztlichen Organisationen in der Bundes-
republik Deutschland
Düsseldorf 1979: 39

167. STROOTHENKE, W.

Erbpflege und Christentum
Leipzig 1940

168. THIELICKE, H.

Wer darf sterben?
Freiburg 1979: 40-49

169. TIME

18.11.1946

170. THOMPSON, I.E. et al.

Research Ethical Committees in Scotland
Br Med J Vol. 282 1981: 712-714

171. VEATCH, R.M.

Protecting Human Subjects: The Federal Govern-
ment Steps Back
Hastings Cent Rep 11 (3) 1981: 9-11

172. VOLLMANN

Die ausmerzenden Maßnahmen der Eugenik und
ihre rechtliche Beurteilung
Dt Ärztebl Nr. 31 1932: 419-423

173. WEISSAUER, W.

Ethikkommissionen und Recht
Referat vor der Medizinischen Gesellschaft
Erlangen vom 13.12.1978

174.

und HIRSCH, G.
Rechtliche Probleme des Schwangerschaftsabbruchs
Erlangen 1977: 15.42

175. WEIZÄCKER, V. VON

"Euthanasie" und Menschenversuche
Psyche Bd. 1 1947: 68-102

176. WIGODSKY, H.S.

New Regulations, New Responsibilities for
Institutions
Hastings Cent Rep 1981 11 (3): 12-14

177. WILLIAMS, G.

The Sanctity of Life and the Criminal Law
London 1958: 295

178. WOLFF, U.

Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Sicht
Berlin/New York 1973: 27-109, 120

179. WOLFSLAST, G.

Die Gutachterpraxis des gerichtsärztlichen
Ausschusses für Nordrhein-Westfalen, dargestellt
am Beispiel der beanstandeten Gutachten des
Jahres 1976
MSchr Krim 62 Heft 2 (1979): 257-269

180. ZURUKZOGLU, ST.

Verhütung erbkranken Nachwuchses
Eine kritische Betrachtung und Würdigung
Basel 1938: 204-315

Lebenslauf

Am 24. September 1957 wurde ich in Berlin als drittes Kind des Nervenarztes Prof. Dr. Erhard Phillip und seiner Ehefrau Renate geb. Gallus, Ärztin für Orthopädie, geboren. Nach Besuch der Grundschule, des Gymnasiums zu Berlin-Steglitz und des Rheingau-Gymnasiums Berlin-Schöneberg legte ich im Jahre 1976 die Reifeprüfung ab.

Im Wintersemester 1976 begann ich an der Freien Universität Berlin mit dem Studium der Humanmedizin, welches ich im klinischen Abschnitt an der Universität Erlangen-Nürnberg und als Austauschstudentin im Praktischen Jahr an der Universität Rennes/Frankreich fortsetzte.

Am 18. November 1982 erhielt ich die Approbation als Ärztin. Seit dem 1. März bin ich als wissenschaftliche Hilfskraft am Pathologischen Institut der Technischen Universität München tätig.

